

**COPROGETTAZIONE RELATIVA AL SISTEMA DEI SERVIZI INTEGRATI DOMICILIARI ANZIANI
DELL'AMBITO DEL RHODENSE AI SENSI DELL'ART. 55 DEL D.LGS. 117/2017 (CODICE DEL TERZO
SETTORE) DELLA LEGGE 241/1990 E DELLA LEGGE 328/2000**

PROGETTO DI MASSIMA

Il presente progetto preliminare ha l'obiettivo di definire gli obiettivi generali e specifici della coprogettazione nonché le risorse messe a disposizione, in modo da orientare i partecipanti alla predisposizione di proposte progettuali e di attività che saranno valutate ai fini della scelta del partner.

1. Premessa

La presente coprogettazione insieme ad altre azioni costituisce un tassello essenziale dell'obiettivo n. 1 del Piano di Zona Rhodense 2021-2023 (pag. 122 del piano di zona) che si propone di "Costruire un sistema di aiuto intorno agli anziani al domicilio che tenga conto in modo integrato e connesso dei diversi bisogni della persona, pur facenti riferimento a servizi differenti della rete socio assistenziale; ciò significa ricomporre in uno schema di progetto unitario intorno alla persona una rete di servizi in grado di rispondere a diversi bisogni in termini di assistenza domiciliare, solitudine, piccole manutenzioni al domicilio, trasporti, digital gap, etc. L'obiettivo non consiste nella definizione di nuovi servizi ma nella definizione in una connessione organica dei servizi esistenti sul territorio in un progetto unitario a favore della persona, attraverso un ripensamento partecipato (co-progettazione) del servizio di assistenza domiciliare Rhodense".

Si ritiene che la costruzione di una piattaforma di coprogettazione e partnership con il terzo settore costituisca lo strumento essenziale per la realizzazione del citato obiettivo.

2. Oggetto della coprogettazione

La coprogettazione ha per oggetto la realizzazione di un sistema territoriale integrato di servizi domiciliari rivolti agli anziani da gestirsi in partnership con gli enti del terzo settore. Il nuovo sistema si propone di costituire un modello innovativo di gestione degli interventi a sostegno della domiciliarità della persona anziana sia nella fase di progettazione degli interventi individuali che nella loro realizzazione attraverso la partnership con il terzo settore e la collaborazione e l'integrazione con ASST Rhodense per gli interventi socio sanitari.

3. Destinatari

Il progetto si rivolge ad anziani ultrasessantacinquenni, residenti nell'ambito del Rhodense, non autosufficienti e/o con una limitata capacità di autonomia che impedisce di soddisfare i propri bisogni assistenziali, per cui si rende necessario un intervento assistenziale al domicilio e/o comunque un aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane e un sostegno alla socialità. Si rivolge ad anziani in condizioni di fragilità non supportati da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, con lo scopo di offrire interventi volti a sostenere la permanenza a domicilio.

4. Finalità

Le finalità che si prefigge la coprogettazione sono:

- prevenire il ricovero in strutture residenziali mantenendo il più possibile al domicilio l'anziano non autosufficiente
- creare risposte unitarie per il cittadino per superare l'attuale separazione tra gli strumenti disponibili; attualmente le risposte ai bisogni di domiciliarità della comunità vengono parzialmente soddisfatte dal Sistema di Welfare pubblico attraverso due strumenti: il SAD dei Comuni, e l'ADI del sistema regionale che forniscono risposte esclusivamente prestazionali, che tengono solo parzialmente conto dei bisogni unitari della persona;
- semplificare i percorsi di accesso alle prestazioni e una presa in carico multidimensionale e integrata, attraverso

un progressivo rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità;

- costruire un sistema integrato di servizi intorno ai bisogni dell'anziano;
- coordinare interventi e servizi, di realizzare un sistema di assistenza che guarda alla persona con un approccio innovativo ed unitario, integrando interventi di carattere socio-assistenziale e prestazioni socio sanitarie;
- promuovere la definizione di un "progetto assistenziale individualizzato" (PAI) con servizi appropriati in ragione dei bisogni socio assistenziali e socio-sanitari di ciascuno attraverso la valutazione e progettazione da parte di una équipe multidisciplinare e interistituzionale;
- realizzare servizi di domiciliarità innovativi grazie anche all'introduzione di tecnologie che arricchiscano e non deprivino contatti e relazioni umane, offrendo un valore aggiunto ai cittadini.

5. Bisogni da soddisfare

Per attuare servizi sempre più vicini alle richieste di sostegno è necessario conoscere ciò di cui necessita la persona anziana, al fine di garantire a quest'ultima una buona qualità di vita e alle famiglie certezze e tutele. Attualmente gli anziani sono persone con condizioni di vita, istruzione ed esperienze sociali estremamente eterogenee. La cura e l'assistenza a domicilio entrano in gioco durante l'invecchiamento, quando le esigenze dell'anziano sono sempre più legate alla condizione di non autosufficienza. Per le famiglie questo momento segna l'istante in cui richiedere un sistema di supporti domiciliari, cercando servizi capaci di soddisfare i **bisogni del proprio familiare** che si trova in una situazione di temporanea, parziale o totale non autosufficienza. La maggior parte degli anziani desidera invecchiare nel proprio ambiente familiare, conservando le proprie abitudini. Per questo, sono sempre di più le famiglie che cercano soluzioni in grado di garantire un'assistenza adeguata al domicilio, al fine di evitare il disorientamento che spesso il ricovero in casa di riposo comporta. Pertanto risulta rilevante offrire servizi di assistenza a domicilio personalizzati sulla base dei bisogni delle persone non autosufficienti.

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

- Farsi carico dell'intera organizzazione dei servizi di assistenza a domicilio;
- Orientarle nell'attivazione dei servizi assistenziali ed eventualmente nella scelta della badante;
- Saper cogliere le difficoltà fisiche emotive e sociali e dare risposte chiare e affidabili.

6. Obiettivo generale

Attualmente nel territorio del Rhodense esiste la disponibilità potenziale di molte tipologie di servizi e prestazioni orientati al mantenimento al domicilio degli anziani fragili e con bisogni assistenziali (SAD, Rsa aperta, ADI, telesoccorso, servizi di volontariato, sportello assistenti familiari, servizio "Bussola" per l'accompagnamento alle famiglie che mantengono gli anziani non autosufficienti al domicilio...) che tuttavia rispondono ai diversi bisogni in modo frammentato e poco connesso, senza un "filo rosso" che tenga insieme gli interventi in relazione ai bisogni della persona. Inoltre l'emergenza Covid ha contribuito a far emergere nuovi e diversi bisogni, che fino a quel momento, pur presenti, erano stati silenziosi e meno evidenti, come ad esempio il problema dell'isolamento e della solitudine delle persone anziane, che spesso rappresenta un carattere distintivo della condizione degli anziani anche se non afflitti da bisogni assistenziali più gravosi.

La coprogettazione relativa alla Linea di Investimento PNRR 1.1.2 "Autonomia degli anziani non autosufficienti" di cui al punto A.2 "Potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità" ha l'obiettivo di realizzare una progressiva riorganizzazione dei servizi domiciliari attraverso la costruzione di un sistema di aiuto intorno agli anziani non autosufficienti al domicilio, integrato e connesso a tutta la rete socio assistenziale e funzionale ai diversi bisogni della persona attuando una ricomposizione di tutti gli interventi funzionali al benessere della persona all'interno di un progetto individualizzato ed unitario.

L'Ambito del Rhodense si propone la costruzione di una infrastruttura, cioè di un luogo di accesso e presa in carico unitaria dei casi complessi che definisca una **progettazione personalizzata**, con riferimento a tutta la rete dei servizi

domiciliari che diventeranno oggetto della presente coprogettazione, in relazione agli specifici bisogni della persona. Sarà pertanto composta una équipe multidisciplinare composta da enti pubblici (Comuni, Sercop e Asst) e soggetti partner del terzo settore finalizzata alla progettazione sui casi complessi inviati dai Comuni.

I casi che prevedono l'attivazione plurima di servizi intorno ai bisogni dell'anziano saranno presi in carico dall'équipe che svolge funzione di coordinamento di una progettazione multidimensionale che attiva tutti gli interventi della rete territoriale (attraverso la coprogettazione), con l'obiettivo di costruire un sistema domiciliare che abbia una reale valenza di prevenzione dell'istituzionalizzazione.

La coprogettazione è quindi finalizzata alla realizzazione del suddetto sistema e prevede la preliminare costruzione di una rete territoriale integrata degli interventi socio assistenziali e socio sanitari al domicilio.

7. Obiettivi specifici

Quanto sopra descritto si concretizza nella riorganizzazione del sistema domiciliare anziani attraverso una riprogettazione integrata

A. Costituzione équipe multidisciplinare domiciliare anziani

Sercop in collaborazione con ASST Rhodense e in coerenza con le linee di indirizzo e gli standard nazionali ripresi dal PNRR Missione 5.2, sta procedendo alla **costituzione di una équipe multidisciplinare** (denominata EDA, équipe domiciliare anziani) finalizzata alla progettazione sui casi complessi e così composta:

- un Assistente sociale Case Manager, referente EDA;
- un infermiere di comunità dedicato per la valutazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari
- un Assistente Sociale coordinatore e referente del servizio SAD territoriale comunale;
- un Assistente Sociale comunale;
- un operatore del terzo settore (educatore,..)

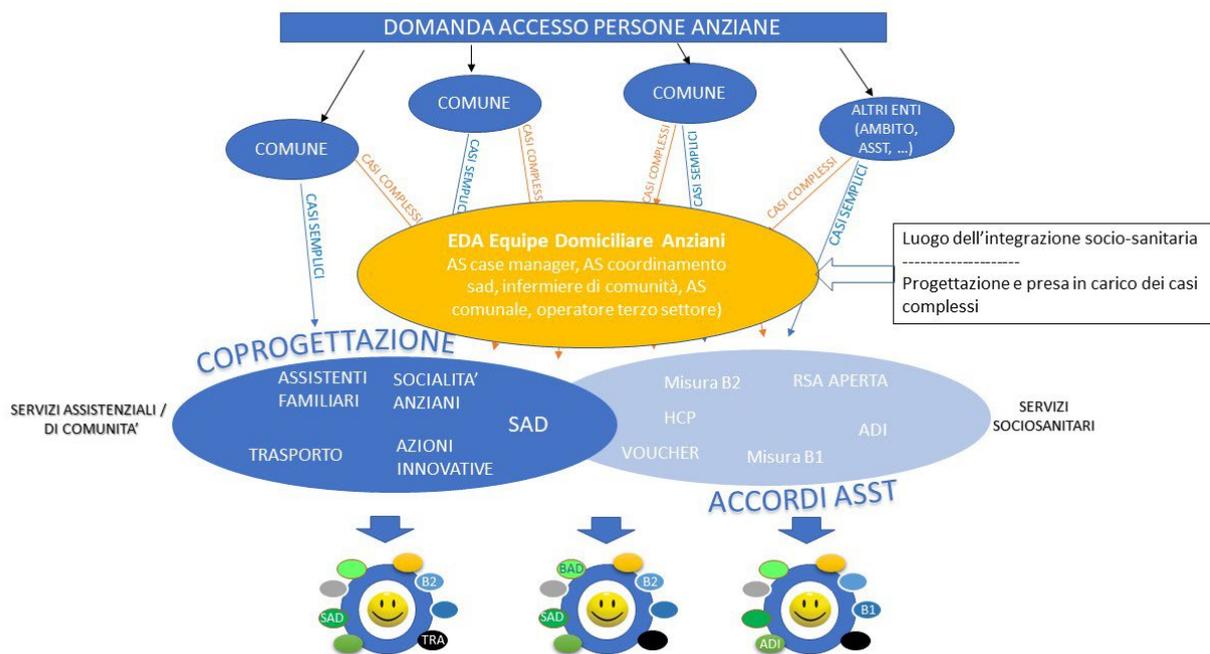
L'équipe dopo avere valutato il caso, definirà un **progetto integrato** sulla persona che, in relazione ai bisogni dell'anziano, potrà usufruire dei diversi servizi derivanti dalla presente coprogettazione nonché di quelli derivanti dagli accordi con ASST Rhodense in campo socio sanitario.

Nell'attivazione degli interventi, dovrà naturalmente essere tenuto presente il vincolo di bilancio posto dal Comune di residenza dell'utente.

Il progetto integrato ha l'obiettivo di rispondere ai bisogni dell'anziano in modo unitario e non frammentato in relazione ai diversi erogatori di servizi.

Nello schema seguente è rappresentato il funzionamento del modello

SCHEMA FUNZIONALE SERVIZI INTEGRATI DOMICILIARI ANZIANI



B. Linee di intervento

I soggetti del terzo settore coprogettanti potranno presentare progetti relativi a singoli interventi territoriali finalizzati al mantenimento del benessere dell'anziano al domicilio che, se scelti, saranno inseriti nello schema di cui sopra e potranno essere attivati in relazione alla valutazione dell'EDA, di cui i partner saranno parte integrante.

In relazione alla complessità del sistema che si intende promuovere si individuano 5 distinte linee progettuali di intervento con obiettivi specifici distinti, precisando che le prime tre linee rappresentano servizi già attivi nel Rhodense mentre le linee 4 e 5 sono proposte innovative da avviare con la presente coprogettazione, sempre con l'obiettivo della coprogettazione di ricomporre e integrare in un unico progetto individuale gli interventi rivolti alla domiciliarità e finora frammentati.

Linea 1. Assistenza domiciliare

Rappresenta la linea di intervento più matura della presente coprogettazione, se ne definiscono pertanto i caratteri di massima come finora realizzati.

Il Servizio di assistenza domiciliare opera al fine di:

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

Gli interventi a domicilio prevedono una pluralità di prestazioni:

- cura e igiene della persona;
- cura e igiene dell'ambiente domestico;
- sostegno, accompagnamento, disbrigo di pratiche burocratiche, monitoraggio e socializzazione;

- distribuzione e consegna pasti.

È richiesto all'ente partner di definire un progetto di servizio proponendo ogni altra attività che corrisponda ad una documentata analisi del bisogno del territorio Rhodense.

L'ente partner nei casi di attivazione del servizio parteciperà alla definizione del progetto di intervento con personale tecnico proprio componente dell'EDA.

L'articolazione attuale degli interventi di assistenza domiciliare comporta un impegno di circa 32.000 ore all'anno.

Linea 2. Azioni finalizzate al mantenimento della socialità

Obiettivo è costruire un modello di risposta integrata tra i servizi di welfare tradizionali e i servizi di «prossimità» tipici del welfare di comunità. Si intende definire un sistema di cura di prossimità che contempli il sostegno ai bisogni relazionali e di contrasto alla vulnerabilità sociale.

Tra gli obiettivi specifici del progetto:

- offrire nuove risposte a un target di persone anziane in condizione di vulnerabilità sociale ed economica per migliorare le condizioni minime di sussistenza e autosufficienza e prolungare il periodo di autonomia delle persone anziane al proprio domicilio e con le proprie reti;
- costruire un Sistema di piccoli servizi domiciliari rivolti ad anziani dell'area grigia;
- integrare al sistema di cura e assistenza sociale professionale, un sistema di cura di prossimità fondato su una promiscuità tra interventi di comunità e supporto profit/no profit. In maniera tale da introdurre, dove mancano, quelle soluzioni a sostegno dei servizi e della famiglia o a supplire alle necessità mancanti capaci di incrementare il grado di autonomia della persona;
- integrare tutti gli stakeholder (P.A, Associazionismo, Terzo settore, volontariato non organizzato) nel sistema di cura di prossimità in una logica di «rete dedicata».

Il servizio è già attivo nell'Ambito del Rhodense.

È richiesto all'ente partner di definire un progetto di servizio proponendo ogni altra attività che corrisponda ad una documentata analisi del bisogno del territorio Rhodense.

L'ente partner nei casi di attivazione del servizio parteciperà alla definizione del progetto di intervento con personale tecnico proprio componente dell'EDA.

Linea 3. Promozione dell'incontro domanda offerta di assistenti familiari

Il lavoro di cura ha subito negli anni un'evoluzione non indifferente rispetto al delinearci di nuovi bisogni, legati a patologie croniche diffuse tra la popolazione anziana (Alzheimer, forme di demenza senile, ecc.).

L'incontro tra domanda e offerta di assistenti familiari dovrà essere in linea con la Legge regionale n.15/2015 e smi, che ha come destinatari sia le famiglie, sia lavoratori già formati o che vogliono formarsi nell'ambito del settore della cura o dei servizi alla famiglia. La direzionalità dello sportello sarà duplice: accoglienza e formazione di chi cerca lavoro come assistente familiare (nella sua accezione più ampia) e risposta ai bisogni di individui e famiglie che cercano soluzioni ai loro problemi di cura e assistenza.

È richiesto all'ente partner di definire un progetto di servizio proponendo ogni altra attività che corrisponda ad una documentata analisi del bisogno del territorio Rhodense.

L'ente partner nei casi di attivazione del servizio parteciperà alla definizione del progetto di intervento con personale tecnico proprio componente dell'EDA.

Linea 4. Servizi di domiciliarità innovativi grazie all'introduzione di tecnologie

Si intende potenziare la possibilità di interventi a distanza anche attraverso l'utilizzo di tecnologie; la fase Covid ha evidenziato l'utilità di tali interventi nel garantire il benessere degli anziani soli purché siano finalizzati all'arricchimento e non alla privazione di contatti e relazioni umane.

Attualmente non sono presenti tali servizi nell'ambito del Rhodense e costituiscono a tutti gli effetti progettazioni innovative; è richiesto pertanto all'ente partner di definire il progetto di servizio proponendo ogni attività che corrisponda ad una analisi del bisogno del territorio Rhodense.

L'ente partner nei casi di attivazione del servizio parteciperà alla definizione del progetto di intervento con personale tecnico proprio componente dell'EDA.

Linea 5. Azioni finalizzate all'aiuto alla persona sola nelle attività quotidiane (spesa, piccole manutenzioni, attenzione medicine, ...)

All'interno di tale linea sono inclusi anche i servizi di trasporto rivolti agli anziani organizzati da associazioni di volontariato. Attualmente non sono presenti tali servizi nell'ambito del Rhodense e costituiscono a tutti gli effetti progettazioni innovative; è richiesto pertanto all'ente partner di definire il progetto di servizio proponendo ogni attività che corrisponda ad una analisi del bisogno del territorio Rhodense.

L'ente partner nei casi di attivazione del servizio parteciperà alla definizione del progetto di intervento con personale tecnico proprio componente dell'EDA.

Azioni innovative o sperimentali.

Considerato che la presente coprogettazione e ricerca di partner è un cantiere aperto all'innovazione, potranno essere presentati progetti innovativi o sperimentali per ogni altra attività ed azione non compresi tra le linee di intervento di cui sopra purché documentate da una analisi del bisogno che denoti una specifica conoscenza del territorio Rhodense o dei relativi territori comunali.

Ogni ente partner potrà presentare il proprio progetto per una o più linee, se del caso compilando il piano finanziario unicamente per le linee a cui l'ente partner intende partecipare.

8. Risorse per la coprogettazione

Le risorse stimate per la coprogettazione, l'organizzazione e la gestione di iniziative, interventi e attività messe a disposizione da Sercop è pari a € 1.070.000,00 per ogni annualità.

Il budget totale sarà finanziato con risorse economiche:

- a. messe a disposizione dal partner e funzionali alla realizzazione del progetto (beni mobili ed immobili, arredi, attrezzature, beni strumentali, risorse umane aggiuntive, risorse economiche derivanti da fonti di propria pertinenza e destinate al progetto), per una quota minima pari al 5%.
- b. messe a disposizione da Sercop, considerato l'interesse pubblico delle attività, per un importo massimo di € 1.070.000,00 all'anno, così suddivise:

LINEE ATTIVITA'	IMPORTO MASSIMO
Linea 1 Assistenza domiciliare	€ 600.000
Linea 2. Azioni finalizzate al mantenimento della socialità	€ 180.000
Linea 3. Promozione dell'incontro domanda offerta di assistenti famigliari	€ 30.000
Linea 4. servizi di domiciliarità innovativi grazie all'introduzione di tecnologie	€ 100.000
Linea 5. Azioni finalizzate all'aiuto alla persona sola	€ 100.000
Azioni innovative o sperimentali	€ 60.000

La suddetta ripartizione di risorse potrà essere modificata in sede di coprogettazione in relazione alla qualità e aderenza ai bisogni dei progetti presentati.

Le risorse di cui alla lettera b) rappresentano le risorse che l'ente Sercop mette a disposizione quale importo massimo rimborsabile per la gestione in partnership dei servizi e interventi oggetto di coprogettazione. Il suddetto valore si intende quale contributo finanziario che dovrà essere puntualmente definito in sede di svolgimento della coprogettazione.

Il **valore complessivo del progetto** sarà definito in sede di coprogettazione in relazione alle risorse effettivamente conferite dal partner, comprensive di valorizzazioni di beni immobili, arredi, attrezzature, beni strumentali, risorse

umane aggiuntive e ogni altra risorsa messa a disposizione dall'ente partner, e alle linee attivate.

I budget potranno anche non essere tutti assegnati, nel caso in cui i progetti non soddisfino i requisiti previsti dalla presente coprogettazione.

In linea di massima e salvo diverse evidenze che emergano in sede di coprogettazione sarà selezionato un solo partner per ogni linea di intervento.

Potranno essere ammessi più partner laddove le azioni proposte su una stessa linea:

- siano connotate da caratteristiche e peculiarità territoriali
- nel caso in cui i progetti presentati appartengano alla stessa linea di azione ma soddisfino bisogni differenti.

Al termine del primo triennio e previa valutazione dello sviluppo e degli esiti della coprogettazione la partnership potrà essere rinnovata per un ulteriore periodo.

9. Sistema di governance

Tento conto della complessità e innovatività del progetto nonché della necessità di massima integrazione e dialogo tra le linee progettuali ai fini della definizione del sistema integrato, è previsto, a seguito della firma della convenzione, un sistema di governance così delineato:

livello	organismo
Programmazione e valutazione	Cabina di Regia coprogettazione
Gestionale e operativo	EDA Equipe domiciliare anziani

Per quanto attiene il livello programmatico e di verifica la Cabina di Regia sarà attiva per tutta la durata della convenzione e si riunirà con cadenza almeno semestrale.

Alla Cabina di Regia è affidato il compito di monitorare il percorso, valutare in modo partecipato gli esiti dell'attività e intervenire nell'affinamento del progetto in relazione agli elementi emergenti in corso di sviluppo del percorso, al fine di mantenere una stretta aderenza delle risposte ai bisogni. In una logica circolare ha quindi funzioni di programmazione, monitoraggio, verifica e valutazione.

La suddetta Cabina sarà composta:

- dal direttore di Sercop o suo delegato
- dal responsabile del procedimento ai sensi della Legge 241/90
- dal responsabile dell'area anziani
- da un massimo di tre rappresentanti dei partner del terzo settore

Per quanto attiene al livello gestionale ed operativo sarà attivata l'EDA composta come indicato al paragrafo 7 con compiti di progettazione sui casi e di valutazione dell'efficacia degli interventi integrati; i membri del terzo settore partecipanti all'EDA saranno presenti in relazione alla necessità di attivazione degli interventi delle diverse linee progettuali. L'EDA si riunirà con cadenza almeno settimanale in coerenza con le necessità progettuali dei casi.

Il suddetto modello di governance potrà essere modificato qualora le esigenze di gestione della coprogettazione lo richiedessero previa proposta del tavolo di coprogettazione e approvazione del Cda di Sercop.