



La cura condivisa

Una rete di sostegno domiciliare agli anziani

1- PARTENARIATO

Il progetto è sostenuto da:

- **FONDAZIONE SANT'ERASMO ETS** (capofila): La Fondazione è la più antica istituzione legnanese. Gestisce una RSA da 125 posti letto e una novantina di utenti a domicilio. È iscritta al RUNTS con numero di repertorio 25953.
- **AUSER TICINO OLONA** è una ODV impegnata nel favorire l'invecchiamento attivo degli anziani e valorizzare il loro ruolo nella società. È iscritta al RUNTS con num rep. 94943
- **UILDM**, è una ODV legnanese impegnata nei servizi alla disabilità. È iscritta al RUNTS con num rep. 3230
- **ASSOCIAZIONE AMICI DEL SANT'ERASMO**: è una OdV, costituita nel 2018 che opera a supporto delle iniziative promosse dalla Fondazione Sant'Erasmo. È iscritta al RUNTS con num. Rep. 105511.

Ruoli e funzioni:

FONDAZIONE SANT'ERASMO: in qualità di capofila, gestirà la fase di programmazione e di rendicontazione. Inoltre metterà a disposizione le risorse logistiche, le competenze specialistiche professionali (assistente sociale, medici, infermieri) e provvederà all'acquisto dei beni e servizi strumentali.

AUSER: gestirà i servizi di assistenza telefonica e i trasporti sociali

UILDM: gestirà i servizi di trasporto socio-sanitario

L'ASSOCIAZIONE AMICI FSE: metterà a disposizione personale volontario per la gestione dei servizi di screening e per il supporto organizzativo degli eventi di socializzazione

Esperienze pregresse: nel corso degli ultimi anni l'ente capofila (FSE) ha attivato collaborazioni con tutti i partner di progetto.

a) Associazione "Amici" opera all'interno della RSA Sant'Erasmo a favore degli ospiti e delle loro famiglie. A fine 2019 i due enti hanno inoltre promosso l'apertura dello "Sportello terza età": un servizio di aiuto e informazione agli anziani residenti nella città di Legnano. Lo sportello, sostenuto da Fondazione Comunitaria Ticino Olona, ha aperto i battenti nel gennaio 2020, ma le restrizioni imposte dall'epidemia hanno impedito il decollo del servizio. Il presente progetto si pone in continuità e sviluppo con quella esperienza.

b) Con UILDM, FSE collabora da diversi anni per il servizio di trasporti sociali e socio-sanitari.

- c) Con UILDM, Fse gestisce i servizi di consegna pasti a centri estivi del territorio
- d) Con AUSER, FSE gestisce servizi di consegna pasti a domicilio di una decina di anziani legnanesi.
- e) FSE, AUSER e UILDM siedono al tavolo di coprogettazione del Comune di Legnano per il rilancio della ex RSA Accorsi
- f) Insieme ad AUSER, nell'estate 2019, presso la Fondazione Sant'Erasmus è stato avviato il progetto "Estate gentile", patrocinato dall'Amministrazione comunale, e destinato all'assistenza agli anziani soli. Il progetto ha permesso il coinvolgimento attivo degli studenti del Liceo Scientifico nell'ambito dei progetti di alternanza scuola lavoro.
- g) Nella fase pre-Covid, FSE ha ospitato il progetto "Tutti in piazza" realizzato da AUSER a favore di molte RSA dell'Alto Milanese e finalizzato a rafforzare i contatti degli ospiti delle RSA con il territorio e con i parenti.

Rete di sostegno:

Il progetto sarà attuato grazie al sostegno di:

- Associazione "A...per non dimenticare" e Croce Azzurra Ticinia ODV che gestiscono i Cafè Alzheimer rispettivamente di Legnano e della limitrofa Villa Cortese.

- La BCC di Busto Garolfo e Buguggiate ha manifestato il proprio sostegno garantendo un contributo economico a sostegno del progetto.

Coinvolgimento enti locali:

- Il progetto beneficia del supporto dell'Amministrazione comunale che ha già garantito la propria collaborazione e il proprio sostegno.

- Resta inteso che i contenuti e le finalità del progetto sono coerenti con gli indirizzi di lavoro dell'Azienda Consortile So.Le., segreteria tecnica del Piano di zona dei servizi sociali del legnanese, con la quale verrà condiviso il progetto esecutivo.

BREVE SINTESI

Il progetto è coerente con gli indirizzi di riforma socio-sanitaria attivati da Regione Lombardia, che perseguono il potenziamento dei servizi territoriali attraverso il rafforzamento della integrazione socio-sanitaria. Gli interventi verranno attuati su una platea ristretta di popolazione: 25 anziani soli identificati attraverso i Servizi sociali privilegiando i bisognosi di assistenza economica, con problemi psico-fisici e/o privi della presenza continuativa di un caregiver.

Ai destinatari del progetto verranno riservati una pluralità di interventi sociali e sanitari, finalizzati a garantire:

a) Un costante monitoraggio delle condizioni psico-fisiche

b) Un aiuto costante e concreto per far fronte ai bisogni materiali della vita quotidiana

La durata complessiva del progetto è fissata in 21 mesi:

- 2 mesi saranno riservati alla fase di progettazione esecutiva, selezione dell'utenza, allestimento e preparazione materiale dei servizi

- 18 mesi saranno destinati alla erogazione materiale dei servizi.

- 1 mese per la rendicontazione finale

Durante il progetto e, poi, nella fase finale un'attenzione particolare sarà dedicata alla verifica e promozione dei risultati ottenuti verso la rete del welfare locale.

Servizi minimi attesi per ciascuno dei 25 fruitori del servizio:

- Telefonia sociale: almeno 1 chiamata telefonica in uscita verso i 25 anziani per tutti i 18 mesi di durata del progetto + recall per chiamate in entrata verso anziani bisognosi di compagnia o di servizi
- una visita infermieristica ogni mese
- servizi domiciliari ricorrenti: aiuto alla spesa, consegna e ritiro di esami/farmaci.
- assistenza economica: un quota del budget di progetto (250€/medi cadauno) sarà destinato a forniture alimentari gratuite all'utenza bisognosa. Verrà inoltre sollecitata dalla comunità locale la raccolta di beni di prima necessità da destinare all'utenza di progetto
- Servizi di trasporto sociale o socio-sanitario
- Organizzazione di 18 eventi ludico-animativi
- almeno 6 screening sanitari

Ulteriori servizi offerti:

- un medico di supporto al servizio infermieristico per consulti e/o visite.
- fornitura di beni alimentari
- piccole riparazioni domestiche
- pulizia straordinaria delle abitazioni
- servizi di assistenza fiscale e/o giuridico-amministrativa

La buona riuscita del progetto sarà garantita dal continuo raccordo dei promotori con i soggetti, pubblici e privati, preposti ad erogare interventi e servizi a favore degli anziani fragili e in particolare:

- i Servizi sociali comunali
- il Piano di zona del Legnanese
- l'ASST e la costituenda "Casa di comunità"
- i MMG
- gli altri enti, associazioni, organismi del terzo settore che danno vita alla rete locale di welfare.

Altri fondamentali destinatari del progetto saranno i caregiver dei 25 anziani.

A tutti i soggetti sopra indicati il progetto si rivolgerà con diversi strumenti di dialogo e di comunicazione (newsletter, convegni, altre iniziative informative) e ciò al fine di valorizzare il progetto in funzione di un duplice obiettivo:

- Incrementare il tasso di fruizione dei servizi e delle unità d'offerta già presenti sul territorio
- consolidamento della sensibilizzazione e dell'impegno volontaristico a favore della terza età
- rafforzamento della rete di prossimità verso i soggetti più deboli

L'obiettivo finale del progetto è costituito dal tentativo di mettere a frutto l'esperienza per definire best practices che possano rafforzare la capacità del Welfare di prossimità nella definizione di procedure e

modalità di collaborazione da riprodurre anche a vantaggio della restante popolazione anziana/fragile locale.

DESTINATARI

I principali destinatari del progetto sono 25 anziani legnanesi, selezionati in base ai criteri di seguito illustrati. In subordine il progetto si farà carico di coinvolgere i loro famigliari/caregiver di riferimento. Altri destinatari saranno gli enti, i soggetti, gli attori del welfare locale. Il progetto ha infatti carattere sperimentale ed è finalizzato a consolidare procedure, relazioni e collaborazioni fra i vari attori del welfare locale e a consolidare la rete di intervento e di assistenza a sostegno delle situazioni di fragilità

Destinatari principali

I 25 anziani che saranno individuati come utenti finali del progetto avranno in comune la situazione di "povertà", intesa non solo come carenza di risorse economiche e finanziarie per far fronte alle esigenze materiali e alimentari quotidiane, ma anche e soprattutto come assenza di relazioni sociali, lontananza o mancanza di famigliari e/o presenza non continuativa del caregiver.

La selezione dei destinatari sarà effettuata sulla popolazione di Legnano. La città di Legnano è collocata al confine con la Provincia di Varese e ha una popolazione di poco superiore ai 60mila abitanti con una elevata densità abitativa (3260 ab/kmq). Al 31/12/21 la struttura per età della popolazione residente era simile a quella regionale. I residenti 65+, erano 13.975 (23,5% del totale dei residenti), il 22,3% dei quale viveva da solo (3.254). I residenti con più di 85 anni erano 2.256 (3,8% della popolazione residente) e 111gli ultracentenari.

In un recente progetto elaborato dal Comune di Legnano per Fondazione Cariplo sono stati riportati i seguenti "numeri":

Totale residenti di età

65+: 13.975

65-79: 9.431

80+: 4.544

Anziani non autosufficienti: 3.608

Di cui: Totale dipendenza 964 Fragilità: 1.698 Pre-fragilità: 3.961

Come si può facilmente evincere dai dati sopra riportati la presenza di anziani corrispondente al target di progetto è particolarmente rilevante.

La banca-dati a cui attingere per la selezione dell'utenza finale del progetto sarà quella strutturata nel corso degli anni dal partner AUSER grazie al progetto "Estate Gentile" (realizzato con il patrocinio del Comune). A partire da quella banca dati, sentiti gli uffici sociali del Comune, si procederà alla individuazione di una cinquantina di potenziali utenti a cui l'assistente sociale di progetto farà visita al fine di definire una valutazione integrata che possa permettere, d'intesa con gli uffici del Piano di zona, di pervenire alla individuazione dei 25 destinatari finali del progetto.

Destinatari secondari

Fra le finalità del progetto rientra anche quella di rafforzare la presenza, il ruolo e la funzione dei caregiver di riferimento. Per questa ragione nei Piani individuali di intervento si presterà un'attenzione particolare a queste figure. Questo obiettivo sarà perseguito attraverso:

- le newsletter informative
- i report periodici dei nostri volontari e dell'assistente sociale/coordinatrice del progetto
- l'estensione anche ai caregiver di alcuni servizi quali gli screening
- il loro coinvolgimento negli eventi di socializzazione

Altri destinatari

Interlocutori fondamentali saranno gli enti, i soggetti e i servizi del legnanese preposti all'erogazione di interventi e servizi a favore degli anziani fragili

- i Servizi sociali comunali
- il Piano di zona del Legnanese
- l'ASST e la costituenda "Casa di comunità"
- i Medici di base di riferimento dei 25 anziani
- gli altri enti, associazioni, organismi del terzo settore che danno vita alla rete locale di welfare.

Il dialogo e la collaborazione con questi soggetti sarà di fondamentale importanza per la buona riuscita del progetto e per la definizione di best practices che possano essere riprodotte in futuro sulla restante platea degli anziani.

SINTESI DESTINATARI

Oltre ai destinatari diretti (25 anziani selezionati con le modalità indicate all'azione 1.2) il progetto coinvolge i loro caregiver (e ai MMG di riferimento degli stessi). Inoltre il progetto si rivolge alla pluralità di soggetti locali che hanno competenze dirette e indirette sulla medicina territoriale. L'obiettivo finale del progetto è infatti quello - a partire dalla sperimentazione sui 25 destinatari principali - di contribuire al rafforzamento dei servizi socio-sanitari a domicilio. A questo scopo, diverse azioni progettuali sono rivolte a favorire il dialogo, la collaborazione e l'integrazione operativa con i servizi sociali comunali, l'ente gestore del Piano di zona, l'ASST/Casa di Comunità, gli organismi del terzo settore che intervengono a favore della terza età.

3 ANALISI DEL PROBLEMA

Un recente rapporto ISTAT evidenzia che "entro il 2050 le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 35% del totale". Il progressivo invecchiamento porta con sé una crescente incidenza delle patologie che limitano l'autonomia della persona e accrescono il bisogno di cure. Al tempo stesso nella popolazione anziana si registra un costante aumento delle situazioni di "povertà" che non è solo povertà materiale ma anche e soprattutto relazionale. Un recente studio di Fondazione Cariplo sull'invecchiamento in Lombardia ha evidenziato che la non- autosufficienza riguarda maggiormente gli anziani con basso livello di istruzione ed economicamente più svantaggiati. Cariplo ha anche sottolineato il crescente isolamento di molti anziani: il 15% degli anziani dichiara di non incontrare alcun amico/a nel tempo libero. Nel rapporto ISTAT sopra citato si stima infatti che "Gli uomini che vivono da soli passeranno da 3,6 milioni nel 2020 a 4,3 milioni nel 2040 (+17%). Le donne sole sarebbero invece destinate ad aumentare da 5 a 6,1 milioni (+23%)".

Le tendenze sopra esposte hanno molteplici cause: da un lato i progressi della medicina che allungano la vita media, dall'altro la crisi economica che intacca salari e pensioni, riduce il potere d'acquisto e amplia il bisogno di sostegno ai bisogni primari, alimentari e materiali. Nel contempo, le tendenze evolutive a livello socio-economico e demografico (atomizzazione dei nuclei, cambiamenti stili di vita, maggior coinvolgimento delle donne nel mondo del lavoro, allungamento età lavorativa) penalizzano la possibilità di far fronte ai bisogni di cura degli anziani con figure interne alla famiglia. E la crisi fiscale ed economica impediscono di far fronte a queste tendenze incrementando a dismisura i posti in RSA o in strutture semiresidenziali. Bisognerebbe dunque lavorare su soluzioni alternative quali il co-housing e i servizi all'attuale domicilio.

Regione Lombardia è ben consapevole di queste tendenze e in più occasioni ha ribadito la necessità di spostare i servizi dall'ospedale al territorio e al domicilio, rafforzando nel contempo l'integrazione tra i due ambiti sociale e sanitario (cfr. legge 22/21). L'attuazione di tale obiettivo necessita però di risorse umane e strumenti materiali e ha bisogno di modelli che possano favorire l'uso razionale ed efficace di tutte le risorse disponibili, ivi incluse quelle del terzo settore.

Il progetto qui proposto verrà realizzato in una realtà – la città di Legnano (MI) - che non si discosta dagli scenari sopra illustrati. Nel capitolo "destinatari" del progetto sono stati esposti alcuni dati statistici che confermano questo rilievo. I servizi territoriali disponibili a Legnano per far fronte alle situazioni di fragilità sono molteplici: il SAD nel 2022 ha gestito 126 persone; circa 80 anziani fruiscono dei servizi di pasti a domicilio. In ambito sociosanitario sono attive 4 RSA private non profit con 388 posti autorizzati, 326 dei quali accreditati e 36 in due Nuclei speciali Alzheimer. Nella città operano due erogatori ADI accreditati e un erogatore per l'RSA aperta. Sul territorio sono inoltre presenti 4 centri ricreativi per anziani. Non sono attivi Centri diurni integrati per anziani.

I numeri sopra evidenziati riflettono una realtà dinamica che però non è sufficiente per far fronte alle molteplicità dei bisogni della popolazione anziana. Il progetto qui esposto nasce da questa esigenza e da questi problemi. Esso non ha certamente l'ambizione di risolvere la grande complessità dei bisogni di cura e assistenza presenti sul territorio legnanese; ambisce però a mettere in campo un modello di intervento e di integrazione delle risorse sia sociali che sanitarie, offrendo alle istituzioni regionali e locali - e, in particolare, alle future Case della Comunità - un'esperienza diretta e concreta che potrà essere utilizzata e, se possibile, riprodotta nei futuri modelli di intervento.

4 - OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Il progetto si colloca nella "Area tematica 1 - Sostegno alle persone in condizione o a rischio di fragilità" e l'area strategica di riferimento è quella correlata allo sviluppo di collaborazioni e reti per accrescere la "capacità" di azione degli ETS.

In termini generali la finalità del progetto è quella di dare attuazione agli indirizzi regionali per il potenziamento della rete del Welfare di prossimità attraverso l'integrazione di interventi afferenti l'area dei servizi territoriali di assistenza sociale, socio-sanitaria e sanitaria.

Il macro-obiettivo che consegue alla predetta finalità generale consiste nel favorire il benessere psico-fisico degli anziani che vivono in "povertà" (materiale e/o relazionale) prevenendo i rischi di insorgenza malattia e/o incrementando le occasioni di socializzazione.

In concreto il progetto mira a sperimentare - attraverso una pluralità di interventi quali telefonia sociale, servizi sanitari e socio-sanitaria, aiuto domestico, assistenza economica e promozione di occasioni di incontro – l'attivazione di una struttura permanente di supporto a favore della popolazione anziana in condizioni di fragilità socio-economica.

Attraverso questi servizi si punta a prevenire l'insorgere o l'aggravarsi di patologie ed a ridurre il rischio di ospedalizzazione e/o di istituzionalizzazione. Al riguardo si evidenzia che la spesa media totale di progetto per i 18 mesi è stimata intorno ad euro 4.953,8 euro/cadauno pari a 275,2€/medi/mese.

Si tratta di un importo la cui efficacia va valutata sul medio lungo periodo. In concreto: la carenza o l'assenza dei servizi garantiti da questo budget, rischia di determinare l'isolamento dell'utente e accelera i rischi di "impoverimento" non solo economico, ma anche cognitivo e psico-relazionale, riduce le possibilità di individuazione preventiva della possibile insorgenza di malattie e conseguentemente aumenta i rischi di ricovero e/o istituzionalizzazione. Ed è ben noto che il costo giornaliero di una degenza ospedaliera o in RSA o in Ospedale non è in alcun modo comparabile con i costi enucleati nel presente progetto. Obiettivo saliente del progetto è dunque quello di offrire una sperimentazione utile a ponderare i costi-benefici fra le attività di prevenzione svolte a domicilio e quelle correlate ai ricoveri in strutture sanitarie o socio-sanitarie

Si segnalano inoltre due ulteriori obiettivi generali:

a) utilizzare il progetto per sviluppare una campagna a favore dell'impegno volontaristico a servizio delle persone fragili e per il coinvolgimento attivo delle giovani generazioni.

b) rafforzare i processi solidaristici comunitari a favore delle persone in difficoltà. A questo scopo nel budget di progetto è stata inserita una voce relativa all'assistenza economica agli utenti bisognosi. Tale voce di spesa verrà implementata sia attraverso il budget garantito dal contributo regionale sia attraverso la sollecitazione di devoluzioni da parte delle famiglie del legnanese

Le ricadute attese del progetto sono coerenti con almeno due OS- Obiettivi specifici - indicati dall'avviso:

Os. 1.2: Il target-obiettivo del progetto è concentrato su un numero limitato di anziani che verranno selezionati d'intesa con l'amministrazione comunale proprio in base alle condizioni di particolare criticità psico-fisica e relazionale.

Os. 1.6: lo sviluppo del progetto sarà gestito attraverso il dialogo e la collaborazione con le seguenti categorie

a) i caregiver di riferimento dei 25 anziani: il progetto punta a fornire strumenti e opportunità per il rafforzamento del loro ruolo di sostegno e accudimento agli anziani

b) I MMG

c) i servizi sociali e l'azienda preposta alla gestione del Piano di zona

d) le ASST e le Case di Comunità a cui saranno messi a disposizione i contenuti e gli esiti del progetto al fine di poter essere utili a definire modelli di intervento efficaci e razionali che, in futuro, possano essere attuati su una scala più estesa.

5 - INNOVATIVITA'

Il principale elemento di innovazione del progetto è costituito dal tentativo di mettere in rete i servizi e le esperienze che i diversi partner hanno autonomamente avviato nel corso degli anni. L'aggregazione delle diverse risorse e la loro integrazione all'interno di un progetto unitario potrà moltiplicare in misura esponenziale l'efficacia degli interventi.

Più in generale, il progetto consente di sperimentare un modello innovativo di assistenza ispirato all'individuazione del domicilio quale luogo privilegiato di intervento e caratterizzato dalla volontà di superare la frammentazione degli interventi e puntando ad una effettiva integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie. Se, da un lato, l'assistenza al domicilio è l'unica strada alternativa al ricovero e

all'istituzionalizzazione, dall'altro l'integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari è l'unica modalità per assicurare efficacia e qualità alla medicina territoriale.

Per ottenere questo obiettivo strategico è dunque necessario alimentare processi di dialogo e cooperazione fra i soggetti preposti al Welfare locale. Partendo da questo presupposto un ulteriore elemento di innovazione è offerto dalla "complementarietà" fra enti e istituzioni. In particolare:

a) Verrà ricercato il raccordo operativo con la costituenda Case di Comunità. Nelle intenzioni del legislatore regionale questo ente deve diventare il regista della medicina territoriale. In pratica sarà il soggetto preposto alla programmazione e controllo dei processi di presa in carico e di cura delle fragilità, favorendo gli interventi domiciliari, riducendo i rischi di ospedalizzazione e supportando il processo di dimissioni protette. Tale obiettivo strategico merita di essere sostenuto e valorizzato, anche in considerazione delle notorie criticità causate dalla carenza di personale e di risorse.

b) Il progetto è inoltre coerente con la programmazione del Piano di Zona 2021/2023 e, in particolare, con l'Accordo di Programma per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e servizi sanitari che prevede di favorire:

- Una sempre maggiore integrazione degli interventi sociali e sociosanitari, mantenendo al centro la cura della salute della persona, intesa in tutti i suoi aspetti, e, conseguentemente, di tutta la filiera delle risorse presenti a livello territoriale

- il protagonismo attivo degli anziani attraverso proposte ed iniziative inclusive nel territorio di appartenenza.

Altro aspetto innovativo del progetto è quello correlato alla piena valorizzazione della funzione del Terzo settore e alla sua valorizzazione come protagonista attivo e non subalterno nel processo in corso per il riordino del sistema socio-sanitario regionale

Da ultimo, ma non certamente per importanza, vanno sottolineati i potenziali benefici e risparmi che il progetto potrebbe generare sotto il profilo economico. La realizzazione dei target-obiettivo del progetto potrebbe infatti contribuire in misura rilevante a posticipare se non addirittura ad annullare l'istituzionalizzazione degli anziani destinatari degli interventi. Il buon esito e l'efficacia dei processi di assistenza e cura a domicilio è infatti destinata ad evitare o quantomeno ritardare i ricoveri in ospedale e/o in strutture residenziali.

Detto in soldoni, i 275,2€/mese di costo previsti dal progetto per ciascun utente andrebbero considerati non come un onere, ma come un vero e proprio investimento che – affiancato ad altri servizi e interventi comunali e del SSR – possono contribuire a contenere e contrastare i processi di decadimento e di peggioramento psico-fisico degli ospiti, posticipando i rischi di istituzionalizzazione e quindi garantendo significativi e concreti risparmi di spesa per il SSR e per la fiscalità generale.

6 – COMUNICAZIONE

Gli strumenti pianificati per l'attività di comunicazione del progetto saranno affidati a società specializzata esterna e comprenderanno:

- Sito internet: verrà strutturato un sito dedicato con link alle pagine dei singoli partner.

- ufficio stampa: curerà la comunicazione sui mass media relativa all'andamento del progetto e agli eventi organizzati

- Newsletter informativa: destinata ai caregiver dei 25 anziani e alla rete welfare locale: MMG, servizi sociali comunali, organismi del volontariato e dell'associazionismo locale. La newsletter conterrà informazioni generali sui temi dell'invecchiamento; un aggiornamento sui contenuti salienti del progetto e sulle

possibilità di fruizione dei servizi offerti. Inoltre conterrà spazi informativi sui servizi utili presenti sul territorio.

- Corsi e seminari:

a) i buoni risultati del progetto saranno utilizzati anche al fine di promuovere i contenuti dello stesso verso la popolazione locale e, in particolare, verso i giovani e ciò al fine di potenziare il numero dei volontari coinvolti stabilmente in interventi di assistenza e sostegno agli anziani soli del territorio.

b) Altri destinatari dei corsi saranno i caregiver degli anziani: ad essi verranno proposte opportunità formative finalizzate a rafforzare le loro competenze ed a valorizzare le loro funzioni

c) I seminari di studio saranno invece rivolti agli attori del welfare locale e saranno le occasioni per verificare le best practices del progetto e per definire e condividere procedure da estendere, in futuro, agli altri anziani fragili del territorio.

- Eventi ed iniziative promozionali: dopo alcuni mesi dall'avvio del progetto verrà organizzato un evento finalizzato alla sua promozione e alla ricerca di nuovi sponsor/finanziatori.

- Dossier finale: al termine del progetto verrà realizzato un dossier di informazione sui risultati ottenuti che verrà diffuso ai vari stakeholder del welfare locale.

L'attività di comunicazione sarà realizzata anche a grazie al sostegno della banca del territorio, la BCC di Busto Garolfo e Buguggiate che ha garantito un contributo a titolo di sponsorizzazione del progetto.

7 - MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il monitoraggio e la valutazione sull'andamento delle azioni, sulla loro efficacia e sulle nuove opportunità che emergeranno dall'utenza e/o dalle interlocuzioni con gli attori del welfare locale, costituisce un priorità assoluta ed indispensabile per il successo del progetto. A questo scopo, nella fase di avvio del progetto i partner costituiranno un organismo di Segreteria composto da un rappresentante per ogni partner. La segreteria si farà carico di gestire il coordinamento progettuale, la progettazione esecutiva degli interventi, le interlocuzioni esterne con gli altri enti/servizi del territorio, l'organizzazione degli eventi di comunicazione e promozione, la supervisione delle attività e dei servizi programmati.

La segreteria di progetto sarà inoltre il "luogo" preposto per il monitoraggio periodico sullo sviluppo delle diverse azioni, per rilevare problemi e criticità e per la conseguente rivalutazione degli obiettivi e del programma di lavoro nonché per la rendicontazione finale.

Si riunirà con frequenza minima mensile e/o sulla base delle esigenze che emergeranno nella fase di attuazione.

I referenti per le attività di monitoraggio saranno sia interni che esterni all'aggregazione.

I referenti interni saranno le figure incaricate di fungere da interlocutore operativo per l'attuazione delle singole azioni. Verranno individuati dalla segreteria tecnica; potranno coincidere con uno dei suoi componenti ovvero potranno essere individuati in altro personale o volontari.

I referenti esterni saranno gli attori del welfare locale: i MMG di riferimento dei pazienti; i servizi sociali comunali e l'azienda So.Le., ente preposto alla gestione dei Piani di zona; la costituenda casa di Comunità; altri organismi del terzo settore e del volontariato locale. Questi enti saranno interlocutori fondamentali non solo per l'attuazione di alcuni obiettivi specifici, ma anche per una verifica e un monitoraggio sulle procedure adottate. L'obiettivo finale del progetto è infatti quello di sviluppare best practices che possano aiutare il rafforzamento della rete comunitaria di prevenzione e cura delle situazioni di fragilità presenti sul territorio legnanese. A questo obiettivo si potrà pervenire solo attraverso una riflessione congiunta intorno

all'andamento del progetto, alle sue utilità/criticità, ai suoi punti di forza/debolezza. Per queste ragioni, fra le attività programmate – sia nel corso del progetto, sia al termine – sono stati inseriti momenti di verifica/monitoraggio allargati alla partecipazione dei soggetti e degli enti, sia pubblici che privati, che sono preposti alla programmazione, gestione e implementazione della medicina territoriale nel legnanese.

La sperimentazione che verrà avviata dai partner di progetto sui 25 utenti finali dovrà quindi essere accompagnata da un costante raccordo informativo e operativo con i referenti.

Sia nel corso del progetto sia al termine dello stesso sarà indispensabile che i promotori del progetto riescano ad individuare con ciascuno di questi attori del welfare locale momenti unitari di riflessione sull'andamento del progetto, sui risultati raggiunti dal progetto, sulle problematiche incontrate, sulle opportunità emerse e sui costi/rischi connaturati al suo sviluppo: è solo grazie a questo confronto che sarà possibile trasformare la sperimentazione proposta in una occasione per riproporre in futuro questo modello di assistenza.

CRONO

la durata complessiva del progetto è fissata in 21 mesi:

- 2 mesi saranno riservati alla fase di progettazione esecutiva, selezione dell'utenza, allestimento e preparazione materiale dei servizi
- 18 mesi saranno destinati alla erogazione materiale dei servizi.
- 1 mese per la rendicontazione finale