



Procedura per l'individuazione di Enti del Terzo Settore disponibili alla co-progettazione, ai sensi dell'art.55 del D.lgs. n. 117/2017 di interventi nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti - SUB-INV. 1.1.3 - Rafforzare i servizi sociali domiciliari per garantire una dimissione assistita precoce e prevenire il ricovero in ospedale., finanziato dall'Unione Europea - Next Generation Eu - CUP D34H22000500007.

PROGETTUALITA' AMBITO TERRITORIALE CREMASCO

SOGGETTO CAPOFILA: Comune di Cremona

SOGGETTO PARTNER: Comune di Crema

A.T.I. COSTITUENDA: COOP.SOCIALE IGEA, COOP. SOCIALE SENTIERO, COOP.SOCIALE MERAKI.

PREMESSA

La "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cura attraverso una programmazione concordata tra il medico di medicina generale, i servizi sociali territoriali di ASST di appartenenza e dell'ente locale. Il processo della "dimissione protetta" prevede che il paziente possa tornare a casa o essere in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale ed essere seguito da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo ed essere preso in carico, ove non già presenti, dai servizi sociali territoriali.

Il principio principe che segue la "dimissione protetta" è la garanzia della continuità assistenziale, di percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra l'ambito sanitario e sociale. Le finalità della "dimissione protetta" riguarda il miglioramento della qualità della vita, l'integrazione tra Azienda Socio-Sanitaria, territorio e professionisti sociosanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura e la riduzione del rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

COERENZA DELLE SOLUZIONI E DELLE ATTIVITÀ PROPOSTE CON IL MODELLO DI INTERVENTO

LINEA 1.1.3.

Obiettivi

Potenziare il sistema delle dimissioni protette, ricomposizione della frammentarietà della gamma delle misure e dei sostegni disponibili, con obiettivo di gestione di risorse diverse (economiche di tempi e di competenze) delle istituzioni e di famiglie e comunità locali e dentro una logica professionalizzante di promozione delle competenze residue in linea gli obiettivi LEPS delle dimissioni protette. Ulteriore elemento che si vuole attenzionare è quello di ridurre e prevenire i ricoveri impropri nelle aziende ospedaliere potenziando la presa in carico domiciliare.

Potenziare la personalizzazione degli interventi domiciliare in base alle singole esigenze attraverso una implementazione delle figure professionali e un miglioramento del flusso comunicativo di presa in carico e pertanto il miglioramento della qualità della vita dell'assistito presso il proprio domicilio.

In un'ottica di integrazione socio-sanitaria, si intende potenziare il raccordo del sistema pubblico-privato della Domiciliarità che coinvolge i servizi sociali territoriali, le aziende ospedaliere ed il terzo settore (gestori accreditati ed associazioni) nell'ottica di una maggiore collaborazione, promozione della domiciliarità quale soluzione migliorativa della qualità di vita dell'assistito.

Nell'esperienza dell'Ambito Cremasco, la modalità con cui si sta sperimentando l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare, pone attenzione al processo per la presa in carico multiprofessionale dell'utenza anziana ed alla cura di tutte quelle dimensioni (informazione, formazione del personale, modalità di accesso, integrazione etc) che possono elevare la qualità e l'efficacia delle prestazioni messe in campo, attraverso la valorizzazione di tre importanti funzioni di questo servizio:



- l'essere strumento di tutela (ad esempio per le persone con deterioramento cognitivo) e di continuità di cura per i soggetti fragili nelle fasi di transito da un setting all'altro (es: dall'ospedale a casa);
- essere servizio in grado di diversificare le proprie prestazioni ricomprendendo l'osservazione/ valutazione delle potenzialità e delle limitazioni della persona e l'accompagnamento/ orientamento della persona e /o dei suoi familiari nel contesto della rete dei servizi
- l'essere perno attorno al quale si snoda ed articola il processo per la valutazione e la presa in carico multidimensionale e multiprofessionale, e per l'attivazione di una rete calibrata ed articolata di sostegni;

Le attenzioni metodologiche che hanno guidato il gruppo di lavoro si sono articolate secondo queste tre variabili:

- **RISPETTO ALL'ORGANIZZAZIONE:** strutturare un sistema capace di trattare la domiciliarità in modo omogeneo, che punti non solo sull'erogazione dei servizi ma ad affiancare le famiglie nell'informazione, nell'identificare i problemi e l'insieme dei supporti e dei sostegni necessari per strutturare un progetto di vita che garantisca all'anziano di permanere al domicilio, mettendo insieme le diverse risorse e opportunità presenti sul territorio;
- **RISPETTO AL SINGOLO (persona):** puntare su un progetto (più) globale di sostegno alla domiciliarità della persona e del suo nucleo familiare (ove esistente), che possa ricomprendere non solo servizi volti al soddisfacimento dei bisogni di assistenza ma anche altri interventi più promozionali garantiti sia dal pubblico che dal privato sociale e associazionismo - l'accento passa dalla prestazione al progetto.
- **RISPETTO AL CONTESTO:** sembra importante lavorare sulla valorizzazione delle risorse territoriali del contesto comunitario d'appartenenza in considerazione del valore e del ruolo che i legami sociali svolgono, ad esempio sia nel prevenire l'invecchiamento cognitivo che nel garantire elevati livelli di compliance terapeutica.

Destinatari

Persone anziane over 65 residenti nel distretto cremasco non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone di età under 65 non supportate da rete formale o informale adeguata per i quali gli interventi sono volti al rientro ed alla permanenza a domicilio.

Persone senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio dei due ATS, che a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute.

Azioni

A1.1– costituzione della cabina di regia per la programmazione, il coordinamento e monitoraggio delle attività progettuali e riportare al Comune di Cremona Capofila del Progetto.

La cabina di regia sarà idealmente partecipata dai partner dell'ATS COSTITUENDA, dal Comune di Crema in qualità di Capofila del Distretto Cremasco, da un referente dell'Azienda Ospedaliera e dai due coordinatori del Tavolo Domiciliarità del PdZ ambito Cremasco. La Cabina di Regia avrà i seguenti compiti:

- programmazione e condivisione delle procedure attuative e profili d'intervento (definizione di una scheda di segnalazione e del Piano di Assistenza Individualizzata, proposti dall'equipe);
- presidio della rendicontazione amministrativa
- monitorare le attività ed il budget
- programmare la formazione
- valutare gli esiti e processi, con definizione del set degli indicatori previsti
- si definirà di una scheda di segnalazione, di uno strumento di valutazione e il, che verranno proposti dall'equipe e approvati dalla Cabina di Regia

A1.2 – l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale (assistenza domiciliare, telesoccorso, pasti a domicilio e assistenza tutelare integrativa);

Con la proposta si vuole incrementare l'integrazione tra le risorse disponibili pensando ad un sistema di servizi per la domiciliarità che soddisfi più esigenze della persona, e che tenga meglio connessi i diversi interventi che per titolarità e competenza intervengono sul territorio ed al domicilio, su quattro pilastri:

1. **L'equipe multidisciplinare** per attuare una valutazione e un monitoraggio multidimensionale per situazioni complesse centrato sulla persona e non sulle prestazioni;
Per casi complessi si intendono casi multi problematici, persone in situazioni di particolare difficoltà date da condizioni di instabilità clinica e fragilità sociale, casi in cui è un necessario coinvolgimento di altri servizi/unità d'offerta in fase di progettazione e per la successiva presa in carico e in cui si richiede una valutazione multi dimensionale,
2. La **modellizzazione** di una procedura di valutazione multidimensionale sul territorio distrettuale che possa trovare la sua definizione in un accordo territoriale che coinvolga i diversi attori del sistema della domiciliarità



e che sia finalizzata a superare la frammentazione delle risorse e servizi e porre al centro la progettazione sulla persona;

3. La figura innovativa **Case manager** in ogni ente partner che realizza gli interventi al domicilio, che possa evitare la frammentazione degli interventi, mantenere attiva la rete delle figure professionali coinvolte, garantire una presenza costante ai caregivers e/o all'utente e realizzare la gestione diretta della comunicazione con il coordinatore del progetto al fine di creare processi uniformi ma altamente personalizzati;
4. Nel territorio del distretto cremasco si intende **rafforzare la rete** di tutti i servizi ed enti coinvolti nella logica di attivare a livello progettuale tutte le risorse necessarie, anche tipologia di interventi quali: il telesoccorso di diretta gestione da parte di CSC, i pasti a domicilio che sono un servizio comunale, il servizio C-DOM in carico alla ASST Territoriale, i servizi di accoglienza di soggetti senza fissa dimora, il servizio di protezione giuridica, i servizi offerti dalle Fondazioni RSA del territorio.

I fattori che caratterizzano la proposta sono:

- **GRATUITA'**: fondamentale per l'ingaggio della persona e del nucleo familiare anche per superare il disinvestimento che spesso si innesca a causa dei vincoli, della burocrazia e dei tempi di attesa.
- **TEMPESTIVITA'**: ovvero la possibilità di intervenire immediatamente, superando i tempi di attesa dati o dal tempo di produzione documentale e di verifica dei requisiti d'accesso.
- **TEMPORANEITA'**: un servizio temporaneo per un massimo di sei settimane, modulabile in relazione alla necessità, al fine di avere uno spazio di costruzione della relazione di fiducia con la persona e del suo nucleo familiare e svolgere
- un'osservazione funzionale ad una progettazione più ampia e alla costruzione (e poi attivazione) di una rete di sostegno alla domiciliarità intorno alla persona.
- **INNOVATIVITA'**: un servizio non tariffato a prestazione oraria, ma un budget di cura da quantificare in relazione ai livelli di complessità assistenziale e che preveda diversificate competenze e prestazioni.

Principali passaggi operativi:

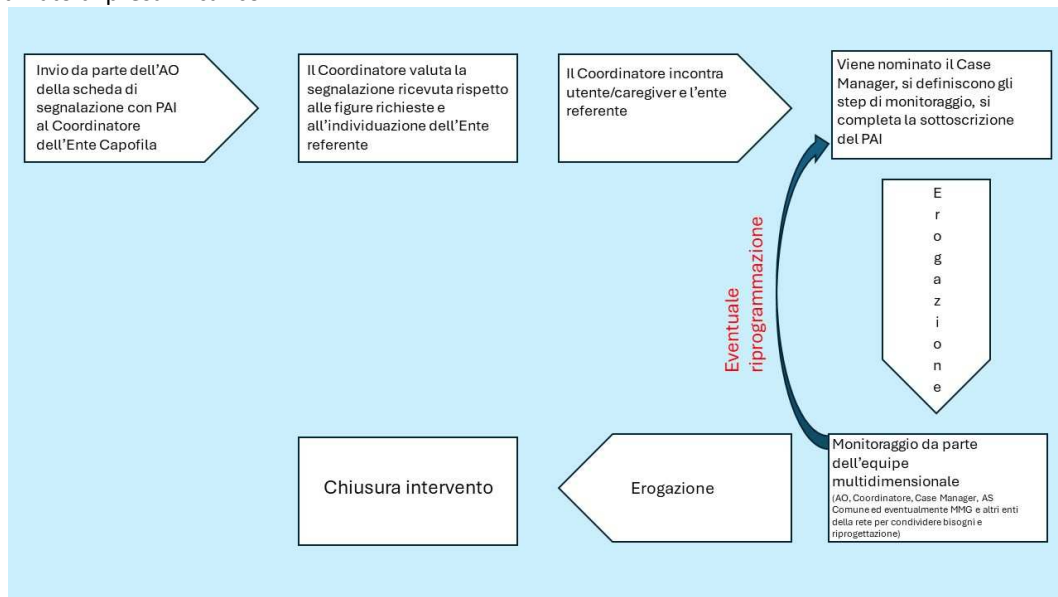
Modalità attivazione

- Invio da parte dell'Azienda Ospedaliera, cure intermedie, subacute e/o istituti riabilitativi, della scheda di segnalazione con PAI, al Coordinatore dell'A.T.I
- Eventuale segnalazione preliminare agli operatori ed ai servizi da coinvolgere sul caso (es: MMG, servizio sociale territoriale, Servizio Cure Socio Sanitarie)
- Il Coordinatore, previa verifica del budget disponibile e dei requisiti di accesso, valuta la segnalazione ricevuta rispetto alle figure richieste dal PAI, individua l'ente referente, e raccoglie l'accettazione dell'incarico;
- Il Coordinatore incontra al domicilio l'utente/caregiver e l'ente referente incaricato;
- Viene nominato il Case Manager e si definiscono la data di avvio, la durata, gli step di monitoraggio e si completa la sottoscrizione del PAI;
- Entro 10gg dall'avvio dell'intervento, si riunisce l'Equipe multidisciplinare (Coordinatore, C.M, Azienda Ospedaliera, eventualmente A.S. del Comune, MMG, utente/caregiver e altri enti coinvolti), per un primo monitoraggio con confronto sul percorso, sui bisogni, accordando la riprogettazione o la chiusura dell'intervento.



Modalità attuazione

Flusso ipotizzato di presa in carico:



Operatori coinvolti nelle attività al domicilio

COORDINATORE, ASS.SOCIALE, ASA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE, AUSILIARIO, EDUCATORE PROFESSIONALE

Durata prestazione

Tre settimane con la possibilità di rinnovare fino a un massimo di sei settimane.

Livelli di intensità di cura

Vengono individuati tre livelli di complessità assistenziale (lieve, moderato ed elevato) declinati secondo le figure professionali coinvolte.

A.1.3 – Monitoraggio e valutazione

L'ATS costituenda proporrà, nella fase di co-progettazione, procedure e strumenti per il monitoraggio e la valutazione degli interventi attivati, sia nei confronti degli utenti e/o dei loro caregivers, sia nei confronti degli altri attori della rete.

A2.1 – La formazione specifica degli operatori.

La formazione specifica vedrà coinvolti gli operatori dell'ATS, degli enti in coprogettazione e degli enti della rete di presa in carico territoriale (ASST, Comunità Sociale Cremasca, Azienda Sociale Cremonese, AS territoriali, Consulteri,...).

La formazione verterà, indicativamente, sui seguenti temi:

- Lavoro di prossimità e welfare di comunità
- Sviluppo innovazione e tecnologie prestate all'assistenza domiciliare
- La valutazione dei bisogni complessi e il lavoro di equipe sociosanitario
- Approfondimento sulle patologie proprie dell'età anziana
- Il lavoro con i caregiver
- Protezione giuridica

Eventuali altri spunti, temi e necessità potranno essere raccolti tramite i Tavoli Tematici operativi dell'Ambito

A.2.2 - Supporto e sensibilizzazione ai caregivers

Sensibilizzazione e supporto ai caregivers attraverso cofinanziamento del Consultorio K2 per la messa a sistema di strumenti fruibili e facilmente accessibili a favore dei caregivers presenti a livello territoriali.

Tempi di realizzazione

Novembre 2024 – marzo 2026



Risultati attesi

Saranno coinvolti almeno n. 63 destinatari degli interventi, di cui 13 in precarietà abitativa. Inoltre, verrà realizzata formazione specifica agli operatori coinvolti nel progetto.

Prospetto utilizzo risorse

Si propone qui uno schema indicativo di utilizzo delle risorse a bando, da modificare in sede di coprogettazione in base alle azioni e alle procedure effettivamente attivate:

Descrizione	Preventivo spesa
Coordinamento	15.000,00 €
Equipe	11.000,00 €
Formazione	9.000,00 €
Percorso dimissioni protette	130.000,00 €
TOTALE	165.000,00€

RISORSE MATERIALI, STRUMENTALI, UMANE E FINANZIARIE MESSE A DISPOSIZIONE DAL PARTNER QUALE COFINANZIAMENTO A INTEGRAZIONE DI QUELLE A DISPOSIZIONE DELL'AVVISO STESSO

Le risorse materiali, strumentali, umane e finanziarie messe a disposizione dal partner quale cofinanziamento

- un Budget di € 1.500,00 a carico di Igea a disposizione del servizio del Consultorio Kappadue, che verrà messo a disposizione per la realizzazione dei gruppi di auto-mutuo aiuto quale supporto e sostegno dei caregiver all'accesso ai servizi attivi a livello territoriale e/o ai progetti presenti a livello distrettuale da parte dei partner progettuali;
- Ats costituenda mettere a disposizione in cofinanziamento le risorse di struttura quali la sede operativa locale dalla quale si gestirà la parte amministrativa e rendicontativa progettuale, stampanti, toner e le spese correnti quali utenze. Il budget di cofinanziamento identificato sarà pari ad € 2.000,00;
- Ats costituenda mettere a disposizione in cofinanziamento una risorsa amministrativa (per l'altra risorsa amministrativa sarà richiesta la totale copertura quale quota di finanziamento) quantificabile in € 2.000,00. Inoltre i soggetti mandanti metteranno a disposizione per ciascuno una figura amministrazione pari a € 2.000,00;

RADICAMENTO NEL TERRITORIO MEDIANTE EFFETTIVI E DURATURE RAPPORTI DI COLLABORAZIONE CON ENTI, ORGANIZZAZIONI ED ALTRI SOGGETTI IMPEGNATI NELL'AMBITO SPECIFICO DELLA DOMICILIARITÀ E NEI PROCESSI DI COSTRUZIONE DI UNA RETE DI OFFERTA INTEGRATA E DIVERSIFICATA

La rete dei partner partecipa ai tavoli tematici del Piano Zona Cremasco (Domiciliarità) e sono aderenti al Piano di zona Cremasco.

COOPERATIVA SOCIALE IGEA:

Igea ha acquisito diverse tipologie di accreditamenti in diversi ambiti:

- Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) presso Comunità Sociale Cremasca,
- Servizio Interventi a Supporto della Domiciliarità (ISD) presso Comunità Sociale Cremasca,
- Consultorio Familiare presso Ats ValPadana
- C-DOM presso Ats ValPadana
- Misura PRO.VI
- Misura B1

COOPERATIVA MERAKI

Meraki è ente accreditato presso Comunità Sociale Cremasca per i servizi di SAAP, ADM, SAD. Svolge inoltre servizi di RSA aperta ed è attiva sulle misure Pro.Vi e RDC.

COOPERATIVA SENTIERO

Accreditamenti con Comunità Sociale Cremasca:

- Servizio di assistenza domiciliare anziani e disabili (SAD/SADH)
- Interventi di sostegno alla domiciliarità (ISD)
- Servizio Assistenza Domiciliare Minori (ADM) e Adulti (ADEA)
- Servizio incontri protetti (SIP).



Accreditamento con Azienda Sociale del Cremonese per l'erogazione dei servizi del sistema della domiciliarità rivolti a persone in condizione di fragilità, disabili, minori e loro famiglie.

QUALITÀ DELLE RISORSE UMANE (CURRICULA OPERATORI)

Saranno disponibili le seguenti figure professionali quali:

OSS, Infermieri, ASA, Medici, psicologi, educatori professionali, assistente sociale, di cui si allegano i CV.

ESPERIENZA MATURATA DAL SOGGETTO PROPONENTE NELL' ATTIVITÀ DI CO-PROGETTAZIONE, PROGETTAZIONE E GESTIONE DI SERVIZI E AZIONI ATTINENTI ALL'AMBITO DI INTERVENTO SPECIFICO

IGEA Cooperativa Sociale

Svolge da oltre 30 anni servizi a favore della persona, anziani, disabili, adulti fragili, malati, minori, famiglie, persone autosufficienti e non, in ambito socio assistenziale, sociale, socio-sanitario, sanitario ed educativo. Negli anni ha sviluppato strutturato servizi sia domiciliari che territoriali, quali SAD, ISD, PRO.VI, ADI (Ex RDC), B1, HCP, SAAP, ADM, C-DOM, Consultorio Familiare K2, Polo di NPIA Centro Famba, Poliambulatorio TOTEM, SFA B-Integrato, percorsi di formazione per adulti disabili.

IGEA nel tempo, ha strutturato una rete interna con connessioni fra i vari servizi tra loro complementari e in stretta collaborazione con i servizi del territorio, sia Pubblici che del Privato Sociale; ciò ha permesso di accogliere le necessità delle persone con uno sguardo a 360 gradi, dando risposte sempre più adeguate perché condivise e costruite in rete tra le diverse realtà.

Esperienza di gestione di servizi attinenti al bando:

- Accreditamento con Comunità Sociale Cremasca per i servizi SAD, PRO.VI, ADI e ISD
- Accreditamento e contratto con ATS VAL PADANA, per il servizio C-DOM e B1
- Accreditamento Servizio Assistenza Domiciliare Minori (ADM) e Adulti (ADEA)
- Servizio 4 passi: Accoglienza, orientamento e accompagnamento di nuclei famigliari, con anziani fragili e assistenti familiari.
- Voucher per anziani

Esperienza di Coprogettazione e lavoro di Rete:

Igea è Partner della Coprogettazione con il Comune di Crema dal 2014, in particolare nella gestione di interventi socio-assistenziali domiciliari, nonché nel coordinamento dell'equipe di Protezione Giuridica.

Igea ha un ruolo nella Regia della Coprogettazione (con il Comune di Crema) e nel Consiglio Direttivo di Impronte sociali (Partner di coprogettazione).

Igea partecipa da oltre 20 anni, alla costruzione e valutazione del Piano di Zona dell'ambito Cremasco, partecipa attivamente ai Tavolo Tematici istituiti dal PdZ, in particolare nel Tavolo Domiciliarità.

MERAKI Cooperativa Sociale

La prospettiva adottata da Meraki è quella del "lavorare con" invece che del "lavorare per", utilizzando come principali metodologie quello del lavoro in rete con le realtà esistenti sul territorio e della coprogettazione di interventi mirati che possano rispondere alle effettive esigenze che emergono dal territorio stesso. Lavorare in rete significa, infatti, promuovere, facilitare, organizzare l'instaurarsi di legami tra differenti soggetti, allo scopo di attivare risposte concrete ai bisogni.

Meraki collabora poi attivamente con Anffas Cremona APS, Amici della Santa Federici e Il Cerchio Sport APD, associazioni portatrici di grandi valori e con una considerevole attenzione nei confronti della fragilità.

SENTIERO Cooperativa Sociale

Sentiero si è affermata e opera prevalentemente nell'ambito della provincia di Cremona e da sempre rivolge la maggior parte delle risorse al consolidamento della sua posizione e del suo ruolo nella propria zona di appartenenza.

Ad oggi Sentiero ha un ruolo importante di attore sociale del proprio territorio e ha costruito una rete di confronto e processi di coprogettazione con i soggetti istituzionali (Comuni, Provincia, Aziende speciali, Fondazioni ecc.), le diverse agenzie (enti formativi, Centri studi, associazioni ecc.) e gli altri soggetti del terzo settore.

Esperienze attinenti all'ambito di intervento specifico:

- Sentiero fa parte dell'ATS "Impronte Sociali" nella coprogettazione di interventi nel settore dei servizi sociali con i Comune di Crema;
- Sentiero gestisce, dal 2019, la struttura residenziale "Il sentiero di Maia" (accreditamento sperimentale con Azienda Sociale del Cremonese) per l'accoglienza di donne con figli, o in gravidanza, in condizioni di fragilità, di disagio psico sociale o che provengano da situazioni di maltrattamento;



ESPERIENZA PROGETTUALE

IGEA Cooperativa Sociale

IGEA ha realizzato nel corso degli anni diversi progetti in rete con i Comuni, con enti del terzo settore, con Azienda Ospedaliera, per l'avvio, il potenziamento e la sperimentazione sia di servizi domiciliari innovativi che di processi di lavoro, con un approccio multidisciplinare ed integrato pubblico privato per risposte più adeguate ai bisogni emergenti, come la multiproblematicità dei nuclei familiari e/o la solitudine degli stessi, nonché volti all'ottimizzazione delle risorse sociali, socio-sanitarie e sanitarie. Tra gli ultimi realizzati e/o in corso:

1. Progetto INVERTIRE IL PERCORSO, Igea Capofila, con Partner Azienda Ospedaliera di Crema, "attivazione di percorsi di assistenza domiciliare per prevenire e ridurre il fenomeno dei ricoveri sociali"
2. Progetto CSA, Igea Capofila, "Custode sociale per Anziani"
3. Progetto PRO.CARE, Igea Capofila, "Prossimità, Caregivers, Reti", per il potenziamento delle reti territoriali del distretto cremasco rivolte alla popolazione anziana e vulnerabile

MERAKI Cooperativa Sociale

Di seguito, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, alcuni dei progetti cui Meraki ha partecipato in rete con altri enti in qualità di capofila o partner:

- progetto **Pro-Care: prossimità, caregiver, reti** – Fondazione Cariplo **Emblematiche minori**
- progetto **Outdoor** – Regione Lombardia **Fondo Inclusione persone con disabilità**
- progetto **Familiarizzare** – Regione Lombardia **Progetti per la sperimentazione dei Centri per la Famiglia**
- progetto **Crescere insieme** – ATS Valpadana **Progetti formativi rivolti a famiglie di persone disabili**

Inoltre, Meraki offre servizi di supporto alla conciliazione dei tempi famiglia-lavoro così come servizi di sostegno ai caregivers nella gestione dei carichi di cura.

SENTIERO Cooperativa Sociale

Le attività di Sentiero sono rivolte al sostegno e all'aiuto a persone anziane, portatrici di differenti abilità, minori e famiglie in difficoltà, rifugiati e richiedenti asilo, minori stranieri non accompagnati.

- Sentiero gestisce progetti di housing sociale rivolti a persone e a nuclei familiari in condizione di fragilità socio-abitativa;
- Sentiero è partner del progetto Pro-Care di Fondazione Cariplo per il potenziamento delle reti territoriali del distretto cremasco rivolte alla popolazione anziana e vulnerabile.

Si evidenzia che le tre cooperative proponenti sono le stesse che stanno maturando **un'esperienza diretta di gestione e coordinamento in sinergia**, proprio grazie alla concessione del finanziamento da parte di Fondazione Comunitaria della Provincia di Cremona per la realizzazione del progetto PRO-CARE, tutt'ora in corso.

PRO.CARE il progetto presentato da Igea SCS in partenariato con Meraki SCS, Sentiero SCS, Fondazione Benefattori Cremaschi e Consorzio Arcobaleno SCS, prevede la realizzazione di azioni per un periodo di 24 mesi (in scadenza a dicembre 2025). L'obiettivo generale del progetto è l'incremento del benessere psico-fisico delle persone, residenti nell'Ambito cremasco, che hanno un'età superiore ai 65 anni con perdita (totale o parziale) delle autonomie, povertà relazionale, rischio di emarginazione sociale. Il cambiamento generale atteso si articola pertanto nel modo seguente:

- Rispetto al target: attivazione, potenziamento, mantenimento delle condizioni funzionali ad un invecchiamento attivo della persona (rif. definizione OMS "L'invecchiamento attivo è il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita man mano che le persone invecchiano") nelle seguenti aree: "salute", intesa come salute fisica e benessere mentale e sociale; "partecipazione" nella vita sociale, culturale, civile; "sicurezza" ossia l'accessibilità ad un ambiente fisico e sociale sicuro e protetto;
- Rispetto ai servizi welfare destinati al target: incremento e consolidamento nel tempo delle condizioni strutturate e strutturali (sistema) per un'assistenza responsabile, continuativa, equa e personalizzata delle persone anziane nelle seguenti aree: ottimizzazione e ricomposizione delle risorse economiche e misure erogative in un'ottica progettuale di budget di cura; garanzia di pari opportunità di accesso ai servizi, temporale e geografica; monitoraggio e valutazione di impatto dei servizi e delle politiche locali e sovralocali;
- Rispetto alla comunità: promozione di reti di prossimità e di supporto ai contesti e alle diverse forme di vita quotidiana degli anziani e dei loro nuclei familiari.

Si evidenzia ancora, un'esperienza di collaborazione innovativa con l'Asst, che ha permesso di formalizzare protocolli operativi per **favorire e concretizzare l'integrazione socio-sanitaria** e apertura verso il territorio da parte dell'Ospedale di Crema con il progetto:



INVERTIRE IL PERCORSO: Percorsi di assistenza domiciliare per prevenire e ridurre il fenomeno dei ricoveri sociali. Il progetto presentato da Igea SCS in partenariato con ASST di Crema e finanziato da Fondazione Comunitaria della Provincia di Cremona prevede per un periodo di 18 mesi (in scadenza a maggio 2024). Il progetto sperimenta azioni sanitarie e socio-sanitarie integrate pubblico-privato per delineare un modello territoriale efficace per le Dimissioni Protette, riducendo il fenomeno dei ricoveri sociali.

L'obiettivo generale del progetto è ridurre e prevenire il fenomeno dei "ricoveri sociali" potenziando la presa in carico multidisciplinare e domiciliare dell'utente anziano. In particolare:

- effettua una prima valutazione multidimensionale della situazione assistenziale, sociale e relazionale della persona;
- garantisce assistenza integrata nella fase successiva alla dimissione dal Pronto Soccorso e/o dal Reparto Ospedaliero;
- promuove avvio, se necessario, ad una alla presa in carico sociale;
- opera un approfondimento rispetto alle dinamiche e problematiche che inducono all'avvio di percorsi ospedalieri per pazienti con problematiche/ motivazioni assistenziali e sociali;
- sperimenta l'istituto delle dimissioni protette nell'ottica della messa a regime dello stesso grazie ai fondi PNRR e Fondo Sociale;
- sperimenta un percorso di valutazione e presa in carico domiciliare precoce del disturbo cognitivo.

Per raggiungere tali obiettivi sono stati coinvolti, nell'arco dei 18 mesi di progetto, 40 utenti.

MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE: ESSERE IN POSSESSO DI RISORSE DEDICATE A GARANTIRE IL RISPETTO DELLE MODALITÀ E TEMPISTICHE STABILITE DAL PNRR AI FINI DELLE RENDICONTAZIONI E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ

Verrà costituita una Associazione Temporanea di Scopo fra gli enti proponenti al fine di gestire al meglio il progetto, sia dal punto di vista dell'identificazione del soggetto in co-progettazione con il Comune di Cremona, sia dal punto di vista della gestione organizzativa e amministrativa delle risorse.

Le attività amministrative, volte a garantire il rispetto delle modalità e tempistiche stabilite dal PNRR ai fini delle rendicontazioni e monitoraggio delle attività, saranno affidate, all'interno dell'ATS, mettendo a disposizione 4 risorse amministrative (2 di Igea e 1 per ciascun partners) ed almeno 1 risorsa di coordinamento in carico ad Igea.

ATS prevederà uno spazio di memoria per la condivisione di documenti, modello e file di rendicontazione che dovrà essere aggiornato trimestralmente che permetterà il presidio sistematico del budget e delle attività da realizzare. Tale strumento verrà messo a disposizione dell'amministrazione pubblica per monitorare l'andamento in tempo reale.