

LA SPERIMENTAZIONE NEL COMUNE DI PIOSSASCO:

IL PROGETTO "INTRECCI E ALLEANZE GENERATIVE PER UNA COMUNITÀ CURANTE E AMICHEVOLE

1. Obiettivi e contesto

Finalità: Il progetto sperimenta nuovi percorsi, interventi e servizi di sostegno alla domiciliarità, attraverso un modello di cure integrate di comunità. Promuove un modello innovativo di integrazione tra i Servizi Sociali e Sanitari, tra enti pubblici, privati e l'associazionismo, nonché l'attivazione di cittadinanza attiva per contribuire allo sviluppo di una comunità coesa, solidale e responsabile.

Target: I cittadini della comunità di Piossasco, con un particolare focus sulla popolazione anziana tra i 75-85 anni, la quale viene monitorata (attraverso le visite domiciliari e la compilazione di un registro della fragilità) e sostenuta in base ai bisogni e alle caratteristiche peculiari, attraverso percorsi individuali volti al sostegno della domiciliarità e alla promozione di benessere. Dalla popolazione target di 1.689 anziani tra i 75-85 anni, è stato selezionato un campione rappresentativo (per tipologia del nucleo familiare) di 800 persone che sono state contattate per aderire al progetto. A diciotto mesi dall'avvio (ottobre 2016), 491 persone hanno aderito all'iniziativa. Ad oggi, si è entrati nella seconda fase operativa della sperimentazione che prevederà il completamento dell'intervento alla parte restante del target di popolazione coinvolta.

Obiettivi specifici:

- Promuovere una nuova modalità di sostegno alla domiciliarità attraverso la messa in campo di un operatore itinerante
- Sperimentare un nuovo modello di visita domiciliare
- Sperimentare un nuovo ruolo e funzione della struttura residenziale, come struttura Aperta e Centro Servizi
- Sperimentare un modello organizzativo capace di migliorare la qualità dell'abitare all'interno della struttura residenziale

- Promuovere e incrementare la rete tra gli enti coinvolti nel progetto per innescare sviluppo di comunità
- Intensificare una collaborazione con il tessuto associativo locale
- Promuovere eventi pubblici all'interno della struttura e nella comunità sui temi di promozione e prevenzione alla salute
- Promuovere gli scambi intergenerazionali attraverso laboratori con le scuole
- Promuovere un'alleanza virtuosa con aziende e cooperative agricole del territorio per l'approvvigionamento alimentare

Contesto - Il **territorio** interessato dal progetto è il comune di Piossasco, cittadina 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 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. Ad oggi Piossasco conta circa 18.585 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. La popolazione anziana del nostro target specifico (75-85) comprende 1.689 cittadini, il 9% della popolazione, da cui è stato selezionato il campione rappresentativo di cui sopra.

2. La governance

Gli interventi di cura sono stati intesi come promozione del benessere bio-psico-sociale, dove i contesti di vita hanno un ruolo fondamentale. Il concetto di cura così inteso è quindi strettamente connesso con il sostegno alla domiciliarità e quindi con la cura dei contesti, oltre che della persona nella sua globalità (fisica, psicologica e relazionale).
Al fine di promuovere la cura delle persone e dei loro contesti si è attivata un'organizzazione che vede il Comune con il ruolo di coordinamento delle realtà e istituzioni locali, l'Associazione "La Bottega del Possibile", come attore "esterno" che accompagna e monitora le attività, prevedendo anche una valutazione di processo e di esito. La Compagnia di San Paolo ha finanziato la prima fase della sperimentazione (ottobre 2016- marzo 2018) e partecipa alla **Cabina di Regia**.
La governance del progetto vede il coordinamento di una **Cabina di Regia** che interagisce con una **microequipe** multi-professionale che progetta e mette in atto i percorsi individuali e collettivi e che si occupa, attraverso la figura dell'operatore itinerante, di fare le visite domiciliari durante le quali viene effettuata l'intervista attraverso la traccia di tre questionari semi-strutturati. Entrambi i gruppi sono affiancati da un **team operativo**, che vede il coinvolgimento degli operatori delegati dai soggetti partner per le differenti azioni attivate dal progetto.

La **Cabina di Regia** è costituita da:
- Comune di Piossasco (Assessore o funzionaria)
- Compagnia di San Paolo (rappresentante)
- Associazione "La Bottega del Possibile" (rappresentanti)
- ASL TO3 (infermiera di comunità e coordinatore infermieristico del distretto)
- Università di Torino, Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità (infermiera di comunità e coordinatore)
- Consorzio Intercomunale di Servizi - CIDIS (nella figura del dirigente)
- Residenza Sanitaria Assistenziale San Giacomo (direttore)
- Associazione Casa di Riposo per Anziani "San Giacomo" Onlus (rappresentante)
- Social Coop, rete delle imprese cooperative associate (rappresentante)
- Cooperativa Itaca, che fa parte di Social Coop e che gestisce la RSA San Giacomo

(rappresentante)

-

La Cabina di Regia ha il ruolo di coordinare, attivare e mantenere la rete tra i differenti soggetti partner, oltre che delegare gli operatori per le specifiche azioni previste dal progetto. Il lavoro di rete promosso dai diversi enti coinvolge azioni sinergiche in cui ogni ente mantiene le proprie specificità, mettendole in connessione reciproca: il Comune si occupa delle azioni di coinvolgimento della comunità e delle realtà istituzionali locali, l'ASL e l'Università di Torino si occupano degli aspetti più prettamente sanitari e di promozione alla salute, il Consorzio dei Servizi Sociali degli ambiti di criticità e problematicità sociali, la RSA insieme a Social Coop e Cooperativa Itaca degli interventi socio-assistenziali e dei laboratori che coinvolgono sia residenti della struttura che esterni. In particolare, il Comune, attraverso la lettera del Sindaco, inviata a tutti gli anziani appartenenti al campione target, ha anticipato la visita domiciliare dell'operatore itinerante (ASL e RSA), informando la popolazione in merito agli obiettivi del progetto e alle opportunità da esso offerte alla comunità. La partecipazione attiva della comunità Piossasco è stata promossa anche grazie ai laboratori con le scuole e agli incontri pubblici, di cui il Comune si è fatto promotore insieme agli altri enti coinvolti.
La Cabina di Regia si incontra con cadenza mensile con lo scopo di coordinare, promuovere e monitorare le azioni del progetto in un'ottica sinergica e partecipata.

La **microequipe** è composta da operatori appartenenti al settore pubblico (ASL e Consorzio) e privato sociale (RSA), nello specifico da:

- 1 infermiera di comunità (ASL)
- 1 Assistente sociale (Consorzio)
- 3 OSS (RSA)
- 1 educatrice (RSA)
- 1 psicologa (RSA)

L'infermiera e le OSS sono operatori itineranti a cui vengono affidate le visite domiciliari di monitoraggio e intervento. Tali visite hanno lo scopo di "mettersi in ascolto" della popolazione target, superando la logica "dell'intervento su richiesta", bensì promuovendo salute a partire dalle peculiarità, dai bisogni e dai desideri espressi dai singoli soggetti "visitati". La visita domiciliare ha anche lo scopo di "mettersi in ascolto" dei contesti di vita delle persone, in quanto parte integrante del loro benessere. Andando a casa delle persone, l'operatore ha l'opportunità di osservare i loro contesti di quotidianità, la loro domiciliarità, avendo quindi un osservatorio privilegiato della persona nella sua globalità. Inoltre, "andare verso" le persone e non solo attendere che siano loro a rivolgersi a un servizio, consente di raggiungere gli irraggiungibili, di prevenire i rischi legati alla fragilità e offrire opportunità di promozione di benessere a una gamma molto più grande di popolazione.
In microequipe avviene il confronto multiprofessionale in merito alla discussione dei casi, in base alle osservazioni e ai dati emersi durante la visita domiciliare. In questa sede viene valutata la possibilità di interventi individuali o collettivi che verranno eventualmente proposti e progettati insieme alla persona stessa, in occasione di una ulteriore visita domiciliare o contatto telefonico (in base ai percorsi ipotizzati).

La **microequipe** insieme al **team operativo** mette in campo e segue le diverse azioni del progetto:

1. **Azioni supportive a domicilio**: visita infermieristica, intervento OSS, pasti a domicilio, fisioterapia, bagno assistito.
2. **Azioni di comunità**: Gruppi di cammino, promozione volontariato, interventi e laboratori con le scuole, "Performance" intergenerazionali, spettacoli teatrali, incontri informativi-formativi per caregiver.
3. **Attività di promozione alla salute** attraverso incontri educativi: incontri su ipertensione e dieta in collaborazione con medici e farmacisti.

4. **Azioni in RSA**: Animazione, laboratori, bagno assistito, fisioterapia, incontri psicologici, pasti per esterni.
5. **Attivazione Rete**: Contatti tra beneficiari e associazioni e servizi, partecipazione a eventi promossi da Associazioni di Volontariato, compagnia volontario.

L'associazione "La Bottega del Possibile" si è occupata della **formazione** degli operatori della Rsa, della microequipe, dei rappresentanti della Cabina di Regia e dei volontari coinvolti nel progetto. La finalità degli incontri formativi è stata di promuovere una visione condivisa in merito al concetto culturale di domiciliarità, la promozione alla salute, il lavoro di comunità e il lavoro di rete.

3. Il modello di Cure integrate di comunità

L'iniziativa del Comune di Piossasco può essere un esempio promettente di modello di *integrated community care* in quanto promuovere nuove forme di collaborazione tra servizi ed enti sociali e sanitari, in sinergia con il volontariato, il terzo settore e la comunità locale, a livello di rappresentanti politici e di cittadini.
Nello specifico:
1. **nell'ambito delle collaborazioni intersettoriali e interprofessionali**, il progetto ha promosso la costruzione e l'integrazione di una rete di servizi che coinvolge operatori professionali dell'ambito socio-sanitario con risorse del mondo del volontariato, in un'ottica di prevenzione e monitoraggio degli anziani fragili e di supporto anche alle famiglie. La Cabina di Regia, la microequipe e il team operativo rendono concreta tale integrazione, attraverso la sperimentazione di un modello innovativo che pone le sue basi nella visita domiciliare come importante occasione di ascolto, osservazione e relazione che consentono di progettare e promuovere interventi a azioni mirate alle specificità della popolazione target.
2. Il **sostegno alla domiciliarità** è una della finalità principali del progetto. Sono, infatti, state messe in campo visite domiciliari alle persone anziane per un monitoraggio della fragilità e per la prevenzione e la promozione del benessere, attraverso percorsi individualizzati (ad es., gruppo di cammino, volontariato, supporto infermieristico, partecipazione a incontri educativi su stili di vita salutari, partecipazione a momenti di socializzazione). Risulta importante la nuova figura dell'operatore itinerante la cui funzione è di emersione dei bisogni non ancora rilevati attraverso la cura della relazione e dell'ascolto, in un'ottica non soltanto prestazionale, ma di promozione globale del benessere. Un dato significativo: prima del progetto le persone anziane in carico ai Servizi Sociali erano circa 36; ad oggi sono state fatte più di 450 visite domiciliari e sono state coinvolte più di un centinaio di persone nelle varie attività previste dal progetto. Il modello sperimentato consente quindi un ribaltamento di prospettiva che pone la centralità sui concetti di prevenzione e promozione del benessere piuttosto che su interventi su richiesta legati a situazioni di problematicità sociali e patologiche, che spesso faticano a trovare anche la possibilità di una domanda da parte degli utenti, oltre che di una risposta da parte dei servizi.
3. il progetto coinvolge le persone e la comunità destinataria, promuovendone l'**empowerment** a livello sia individuale che di comunità:

- **empowerment individuale**: ogni persona coinvolta nel progetto partecipa a un percorso individualizzato, realizzato a partire dall'ascolto dei bisogni e desideri specifici e relativamente alle risorse e capacità che può mettere in campo. Anche gli incontri informativi e formativi sono volti a promuovere health literacy negli anziani e caregivers in base alla fotografia di fragilità emersa dai dati rilevati durante le visite domiciliari
- **empowerment di comunità** promosso a diversi livelli:
    - attivazione di gruppi di cammino come occasione non solo per la salute fisica ma anche contesto di socializzazione e attivazione di reti sociali che hanno visto

coinvolti molti volontari del territorio e la formazione di un gruppo di camminatori esperti che garantirà la sostenibilità nel tempo di quest'iniziativa.

- Promozione della partecipazione attiva della comunità attraverso i laboratori con le scuole che hanno coinvolto i bambini e le loro famiglie e i loro insegnanti in occasioni di formazione e incontro intergenerazionale, culminata in una performance collettiva fuori e dentro la RSA come simbolo di connessione tra generazione e di apertura di luoghi classicamente "isolati" dal resto della comunità.
- Promozione di reti sociali formali ed informali che hanno visto la partecipazione di medici di medicina generale, farmacisti, associazioni di volontariato (Avulss, Unitre, Croce Rossa). La costruzione di tali reti è il frutto del lavoro di comunità messo in campo dal progetto.
- Arricchimento del tessuto sociale, dovuto ad un incremento del volontariato, della coesione sociale e della solidarietà tra i cittadini di Piossasco, come sviluppo spontaneo delle azioni promosse dal progetto.

4. La valutazione

Il progetto è stato tema di una tesi di ricerca di Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità dal titolo "Studio descrittivo della popolazione anziana di Piossasco: rilevazione multi-disciplinare della fragilità e proposte di intervento" a cura dell'infermiera di comunità coinvolta nel progetto.

Il progetto è oggetto di una valutazione di processo e di esito attraverso l'utilizzo di diversi strumenti quantitativi e qualitativi. Tra gli strumenti quantitativi, sono stati previsti **3 questionari** per una valutazione ex-ante, in itinere ed ex-post, con utilizzo di scale validate a livello internazionale e nazionale (TFI, Sunfrail, EQ-5D e Casp 12) volte a valutare il rischio di fragilità, l'autonomia e la qualità della vita percepita. Tali scale sono integrate con domande specifiche agli obiettivi del progetto e in particolare finalizzate a fornire una fotografia dettagliata della popolazione target, utile anche alla progettazione di percorsi individualizzati e azioni di comunità in linea con i bisogni, i desideri e le risorse della popolazione.
Cime strumenti qualitativi sono stati utilizzati il **focus group** con gruppi attivi a vario titolo nel progetto (microequipe, camminatori esperti, volontari, insegnanti ed educatori coinvolti nei laboratori con le scuole) e **interviste individuali** con beneficiari e stakeholder. Tali strumenti sono volti a un approfondimento qualitativo rispetto ai percorsi individuali e collettivi attivati e relativamente ai punti di forza e criticità del progetto. Inoltre hanno lo scopo di contribuire a una meta-riflessione sull'iniziativa e sul ruolo di ciascun partecipante, in un'ottica di progettazione partecipata rispetto ai cambiamenti e alla sostenibilità futura.

5. Primi risultati della sperimentazione

La sperimentazione in corso ha fornito alcuni dati di impatto e di riflessione emersi dai questionari di prima e seconda visita e dalle prime interviste e focus realizzati.
In particolare dalle interviste e dai focus è emerso che il progetto ha promosso dei significati cambiamenti a livello individuale e sociale, in particolare rispetto alla promozione di azioni di socializzazione, di attivazione di reti sociali, di coinvolgimento e mobilitazione del volontariato sia internamente alla struttura sia nella comunità. L'immagine della RSA è cambiata: da luogo che

incuteva timore e fantasmi connessi alla vecchiaia e alla solitudine, a "opportunità" di incontro e socializzazione; una struttura che si apre all'esterno e che offre opportunità e risorse per promuovere la domiciliarità e il benessere anche sociale della comunità.
Inoltre dalle interviste e dai focus è emerso che la solitudine è una problematica molto sentita dalla popolazione anziana. Per rispondere a tale problematica gli interventi e le azioni volte al suo fronteggiamento sono state incrementate.

Dall'analisi dei questionari e delle schede di monitoraggio è stato evidenziato un forte coinvolgimento della popolazione (beneficiari 75-85 anni e comunità) nelle diverse attività promosse dal progetto. Di seguito alcuni dati relativi al periodo febbraio 2017- novembre 2017:

Tipologia di azione	**Persone coinvolte (campione 75-85)**	**Persone coinvolte (comunità)**
Prime visite domiciliari (questionario prima visita)	**418**	**44** (persone che hanno richiesto di partecipare non rientranti nel campione e nel range di età)
Seconda visita domiciliare (questionario seconda visita)	**173**	
Azioni supportive a domicilio (visita infermieristica, intervento OSS, pasti a domicilio, fisioterapia)	**60**	**44** (persone che hanno richiesto di partecipare non rientranti nel campione e nel range di età)
Azioni di comunità Gruppi di cammino promozione volontariato interventi con le scuole	 **41** **5**	 **6** **17** **4 classi** (elementari e medie) con relativi familiari e insegnanti
Azioni di comunità, eventi pubblici (performance intergenerazionale, incontri informativi-formativi per caregiver, Consiglio Comunale aperto	**500** (circa) tra beneficiari, ospiti e comunità	
Attività di promozione alla salute attraverso incontri educativi (incontri su ipertensione e dieta)	**108**	
Azioni in RSA: Animazione, laboratori, bagno assistito, fisioterapia, incontri psicologici, pasti per esterni	**84**	**20** (ospiti RSA)
Attivazione Rete (Contatti tra beneficiari e associazioni e servizi, compagnia di un volontario)	**22**	

Incontro con i Medici di Medicina Generale e il Direttore di Distretto		**13** medici
Formazione operatori RSA		**19** operatori (OSS, infermieri, cuoca, amministrativa)
Formazione volontari, team operativo, microequipe e cabina di regia		**23** (rappresentanti di Croce Rossa, Avulss, Unitre, Comune, Rsa, ASL, Consorzio CidiS, La Bottega del Possibile)

Un risultato importante delle azioni promosse è stata l'incremento della rete sociale dei partecipanti alle attività, grazie all'implementazione di ulteriori occasioni di incontro e di socializzazione (cene tra i camminatori, autoaiuto nel trasporti, creazione di gruppi spontanei per i lavori manuali a casa). Alcune persone sono diventate "sentinelle di comunità" connettendo le persone in difficoltà agli operatori del progetto. Possiamo quindi sostenere che si è avviato un processo di coesione sociale e solidarietà tra i cittadini di Piossasco.

Come risultato dell'attivazione della rete e in particolare dall'incontro con i medici di medicina generale è nata la "prescrizione" di attività di promozione alla salute, attraverso la quale i medici possono prescrivere non solo farmaci e visite mediche ma anche indicazioni rispetto alle attività promosse dal progetto.

Dalla fotografia finora emersa rispetto alla fragilità (su 418 soggetti intervistati) emerge un indice medio di TFI di 6 superiore al livello soglia di 5 (in un range 0-13). Si evidenzia inoltre un indice BMI medio di 25,83, indicante una popolazione mediamente in sovrappeso. Altra patologia molto frequente è l'ipertensione. Da tali dati, è nata la scelta di organizzare gli incontri educativi su ipertensione e dieta.

In generale è emerso una alta soddisfazione rispetto all'iniziativa da parte di tutti i partecipanti (beneficiari, operatori, stakeholder, enti coinvolti) in particolare rispetto alle nuove opportunità che questa offre per la popolazione anziana e per tutta la comunità, in termini di aiuti concreti, sostegno alla domiciliarità, occasioni di incontro e socializzazione, attivazione di reti e promozione di un nuovo modo del "prendersi cura", volto alla prevenzione e alla promozione del benessere. Un "prendersi cura" che è anche un "andare verso" le persone, grazie all'ascolto e alla relazione promosse durante la visita domiciliare e in generale da parte della figura dell'operatore itinerante che si prende cura, oltre che degli individui, anche dei loro contesti e comunità.