

16/12/2024

Linee guida per la realizzazione dei patti di comunità

CrossCare 2.0 - Strategie integrate
e condivise per la capitalizzazione
del Modello CrossCare

Prodotto
realizzato da



Sommario

Premessa	2
1. Comunità e cittadinanza attiva	3
1.1. Il principio di sussidiarietà orizzontale	5
1.2. Il regolamento per l'amministrazione condivisa dei beni comuni e i patti di collaborazione/sussidiarietà	7
1.3. Patti di comunità e protocolli di intesa	8
2. Il percorso di attivazione della comunità	8
2.1. Il lavoro del community care-manager	9
2.2. L'individuazione degli stakeholder	10
2.3. Il coinvolgimento degli stakeholder	11
2.4. La costruzione della rete	12
3. La realizzazione dei patti di comunità	13
3.1. FASE1: Incontri con le istituzioni locali	14
3.2. FASE 2: Incontri di attivazione della comunità	16
3.3. FASE 3: Tavoli di lavoro sul patto di comunità	17
4. Un modello di Patto di comunità	18

Premessa

Le presenti linee guida rappresentano la capitalizzazione del lavoro svolto nell'ambito del Work Package 2 del Progetto Crosscare 2.0, un'iniziativa innovativa che ha portato alla realizzazione e alla firma di sei patti di comunità, ovvero la formalizzazione di collaborazioni tra attori istituzionali e della società civile finalizzate al miglioramento della qualità di vita degli anziani. Anche sulla base dell'esperienza realizzata nei territori di Trieste, Portogruaro, Sacile, Caorle in Italia e Grosuplje in Slovenia, questo documento si propone come una guida pratica e teorica per tutti coloro che intendono intraprendere percorsi di attivazione comunitaria, con particolare attenzione alle comunità amiche delle persone anziane.

La struttura delle linee guida è stata concepita per offrire un approccio completo e progressivo, partendo dalle basi concettuali fino ad arrivare all'implementazione pratica dei patti di comunità.

Nella prima sezione, esploreremo i concetti fondamentali di comunità e cittadinanza attiva, analizzando come questi si intrecciano con il principio di sussidiarietà. Particolare attenzione sarà dedicata all'analisi comparativa di come questi concetti si declinano nel contesto italiano, sloveno ed europeo, offrendo una prospettiva transnazionale essenziale per progetti di cooperazione come Crosscare 2.0. Successivamente, ci concentreremo su uno degli strumenti chiave elaborati all'interno del contesto normativo italiano per la realizzazione del principio di sussidiarietà: il regolamento per l'amministrazione condivisa dei beni comuni e i relativi patti di collaborazione/sussidiarietà. Questo strumento verrà esaminato in dettaglio, evidenziandone le potenzialità per la creazione di una comunità inclusiva.

La parte centrale delle linee guida è dedicata alla realizzazione dei patti di comunità per un welfare generativo. Verranno descritti gli aspetti operativi del processo di attivazione comunitaria a favore della popolazione anziana. Partendo dal delineare il ruolo cruciale del care-manager, figura chiave nel facilitare e coordinare il percorso, saranno poi illustrati, passo dopo passo, gli elementi essenziali per giungere alla sottoscrizione di un patto di comunità, sottolineando l'importanza del coinvolgimento e dell'impegno di tutti gli stakeholder nel creare comunità più inclusive per le persone anziane.

Infine, presenteremo un modello di patto di comunità, frutto dell'esperienza maturata nel progetto Crosscare 2.0. È importante sottolineare che questo modello non è da intendersi come un template rigido, ma piuttosto come una base flessibile che è stata adattata in modo diverso nei vari territori coinvolti, rispettando le specificità e le esigenze locali.

Queste linee guida aspirano a essere uno strumento pratico e ispiratore per amministratori locali, operatori sociali, organizzazioni del terzo settore e cittadini attivi che desiderano intraprendere percorsi di costruzione di comunità più inclusive e solidali, con un focus particolare sulle esigenze e le potenzialità delle persone anziane.

1. Comunità e cittadinanza attiva

I concetti di comunità e cittadinanza attiva rappresentano un pilastro fondamentale nella costruzione di una società inclusiva, particolarmente rilevante quando si parla di comunità amiche delle persone anziane. In questo contesto, la comunità non è solo un insieme di individui che condividono uno spazio geografico, ma un organismo vivo e dinamico in cui ogni membro, indipendentemente dall'età, può e deve giocare un ruolo attivo rispetto al miglioramento della qualità di vita delle persone anziane.

La cittadinanza attiva, in particolare, si riferisce al coinvolgimento diretto dei cittadini nella vita pubblica e nelle decisioni che riguardano la loro comunità. Questo concetto trova le sue radici nella Costituzione italiana, specificamente nell'articolo 118, ultimo comma, che recita: "Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà." Questo principio costituzionale apre la strada a forme innovative di collaborazione tra cittadini e istituzioni, particolarmente rilevanti quando si tratta di affrontare le sfide legate all'invecchiamento della popolazione.

A livello europeo, il concetto di cittadinanza attiva è stato ampiamente promosso e sostenuto attraverso varie iniziative e documenti normativi, riflettendo l'impegno dell'Unione Europea nel rafforzare la partecipazione democratica e l'empowerment dei cittadini.

Il Trattato di Lisbona, entrato in vigore nel 2009, ha segnato un punto di svolta significativo nel rafforzamento del ruolo dei cittadini nell'Unione Europea. In particolare, l'introduzione dell'Iniziativa dei Cittadini Europei (ICE) ha rappresentato un passo innovativo verso una democrazia più partecipativa a livello transnazionale. L'ICE permette a un milione di cittadini provenienti da almeno un quarto degli Stati membri dell'UE di invitare la Commissione Europea a proporre un atto legislativo in settori di sua competenza.

Questo strumento ha diverse implicazioni importanti come:

1. offrire ai cittadini un mezzo diretto per influenzare l'agenda politica dell'UE;
2. promuovere un dialogo europeo e un dibattito transnazionale su temi di interesse comune;
3. aumentare la consapevolezza dei cittadini sui meccanismi decisionali dell'UE e sulle questioni politiche europee;
4. portare all'attenzione dell'UE questioni che potrebbero non essere prioritarie nell'agenda politica mainstream;
5. rafforzare la legittimità dell'UE coinvolgendo direttamente i cittadini nel processo legislativo.

Dall'introduzione dell'ICE, sono state lanciate numerose iniziative su temi diversi, dalla protezione ambientale ai diritti umani, dimostrando il potenziale di questo strumento nel dare voce ai cittadini europei¹.

Nel contesto dell'invecchiamento, la cittadinanza attiva assume un significato ancora più profondo. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'invecchiamento attivo è "il processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane²". Questo approccio riconosce gli anziani non come meri destinatari di servizi, ma come risorse preziose per la comunità, capaci di contribuire attivamente al proprio benessere personale e a quello collettivo.

Esiste, inoltre, una correlazione significativa tra impegno civico e mantenimento dello stato di salute nella popolazione anziana, infatti numerosi studi hanno dimostrato i benefici della partecipazione attiva degli anziani nella società. Ad esempio, una ricerca condotta da Morrow-Howell et al. (2003)³ ha evidenziato come il volontariato tra gli anziani sia associato a un miglioramento della salute fisica e mentale, oltre che ad una maggiore soddisfazione di vita. Allo stesso modo, uno studio di Glass et al. (1999)⁴ ha rilevato che gli anziani che mantengono un alto livello di impegno sociale hanno un rischio di mortalità significativamente inferiore rispetto a quelli meno attivi socialmente.

In Italia, il concetto di cittadinanza attiva degli anziani ha trovato espressione in diverse iniziative locali e nazionali. Un esempio significativo è il progetto "Città Sane"⁵ promosso dall'OMS, a cui molte città italiane hanno aderito, implementando politiche e interventi per creare ambienti urbani più favorevoli all'invecchiamento attivo. Queste iniziative spaziano dalla creazione di spazi pubblici accessibili alla promozione di attività intergenerazionali, fino all'inclusione degli anziani nei processi decisionali locali. Analoghe iniziative sono state promosse da numerose Regioni che si sono dotate di piani regionali per l'invecchiamento attivo⁶.

In conclusione, i concetti di comunità e cittadinanza attiva, applicati al tema dell'invecchiamento, rappresentano un cambio di paradigma fondamentale. Essi riconoscono gli anziani non come un "problema" da gestire, ma come una risorsa preziosa per la società, capace di contribuire attivamente al benessere della comunità. Questo approccio non solo migliora la qualità della vita degli anziani stessi, ma arricchisce l'intera comunità, promuovendo la coesione sociale, lo scambio intergenerazionale e la creazione di ambienti più inclusivi e sostenibili per tutte le età.

¹ Regolamento (UE) 2019/788 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 aprile 2019, riguardante l'iniziativa dei cittadini europei; Commissione Europea, "L'iniziativa dei cittadini europei"

² Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 2002

³ Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, PA, & Tang, F. (2003). Effetti del volontariato sul benessere degli anziani. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58(3), S137-S145. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.S137>

⁴ Glass, TA, de Leon, CM, Marottoli, RA, & Berkman, LF (1999). Studio basato sulla popolazione delle attività sociali e produttive come predittori di sopravvivenza tra gli anziani americani. BMJ, 319(7208), 478-483. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7208.478>

⁵ <https://www.retecittasane.it/>

⁶ Guardando alla normativa regionale, attualmente risultano essere 13 le Regioni/PA ad avere adottato una legge in materia di invecchiamento attivo: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Provincia Autonoma di Bolzano, Umbria, Veneto.

La normativa italiana offre diverse possibilità per formalizzare la collaborazione tra la pubblica amministrazione e cittadini, in forma singola o organizzata. Il principio di sussidiarietà, già ripreso nella Legge n. 328/2000, è stato valorizzato nel Codice del Terzo Settore (vd. gli istituti della co-programmazione, della co-progettazione e delle convenzioni), e, in particolare, ha trovato una modalità anche per riconoscere l'impegno del singolo cittadino o di singoli cittadini in gruppi informali mediante i regolamenti per l'amministrazione condivisa dei beni comuni e i relativi patti di collaborazione/sussidiarietà: esiste quindi una pluralità di forme di partenariato pubblico-privato che offrono un quadro giuridico articolato per l'attuazione concreta della cittadinanza attiva.

1.1. Il principio di sussidiarietà orizzontale

La sussidiarietà orizzontale, che trova le sue radici nella Costituzione italiana, si basa sull'idea che i cittadini, sia come singoli che in forma associata, possono contribuire attivamente al benessere collettivo, affiancando - e in alcuni casi sostituendo - l'azione delle istituzioni pubbliche. Questo principio riconosce che i cittadini non siano meri destinatari di servizi, ma soggetti attivi capaci di mobilitare risorse e competenze per rispondere ai bisogni della comunità.

Nel contesto delle comunità amiche delle persone anziane, la sussidiarietà orizzontale assume un significato particolarmente interessante. Essa permette di valorizzare l'esperienza e le capacità degli anziani, riconoscendoli come risorse preziose per la comunità anziché come semplici beneficiari di assistenza. Questo approccio favorisce la creazione di reti di supporto informale, l'attivazione di servizi di prossimità e la promozione di iniziative intergenerazionali, contribuendo a contrastare l'isolamento sociale e a migliorare la qualità della vita degli anziani.

L'applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale, come vedremo, si traduce in diverse forme di collaborazione tra enti pubblici e cittadini a seconda degli attori e delle situazioni contestuali.

L'attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale richiede un cambiamento di paradigma nella pubblica amministrazione, che deve passare da un ruolo di mero erogatore di servizi a quello di facilitatore e promotore dell'iniziativa civica. Questo implica lo sviluppo di nuove competenze, la creazione di strutture organizzative flessibili e l'adozione di strumenti normativi adeguati, come i regolamenti per l'amministrazione condivisa dei beni comuni.

Tuttavia, l'applicazione di questo principio non è esente da sfide. È fondamentale garantire che la sussidiarietà orizzontale non si traduca in un disimpegno delle istituzioni pubbliche, ma in una collaborazione sinergica con i cittadini. Inoltre, è necessario assicurare che le iniziative basate su questo principio siano inclusive e non creino nuove forme di disuguaglianza.

In conclusione, il principio di sussidiarietà orizzontale offre un quadro concettuale e operativo prezioso per la creazione di comunità amiche delle persone anziane. Promuovendo la partecipazione attiva, la responsabilità condivisa e la valorizzazione delle risorse locali, questo principio può contribuire in modo significativo a costruire società più inclusive, solidali e capaci di rispondere efficacemente alle sfide dell'invecchiamento demografico.

La Slovenia, pur non avendo una disposizione costituzionale esplicita sulla sussidiarietà orizzontale come l'Italia, riconosce e promuove il principio di sussidiarietà nella sua legislazione:

1. La Costituzione slovena, all'articolo 44, garantisce il diritto di partecipazione diretta dei cittadini nella gestione degli affari pubblici.
2. La Legge sull'Autogoverno Locale (Zakon o lokalni samoupravi) del 1993 incorpora elementi di sussidiarietà, promuovendo la partecipazione dei cittadini a livello locale.
3. Il "Programma per lo sviluppo del volontariato e del settore non governativo" adottato dal governo sloveno nel 2018 mira a rafforzare la collaborazione tra settore pubblico e società civile, riflettendo principi di sussidiarietà orizzontale.

A livello europeo, il principio di sussidiarietà è ben radicato, anche se si concentra principalmente sulla sussidiarietà verticale (tra UE e Stati membri). Tuttavia, ci sono elementi che supportano anche la sussidiarietà orizzontale:

1. Il Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE), all'articolo 11, promuove il dialogo aperto, trasparente e regolare con le associazioni rappresentative e la società civile.
2. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, all'articolo 25, riconosce il diritto degli anziani di partecipare alla vita sociale e culturale, sostenendo il concetto di sussidiarietà orizzontale.
3. Il Pilastro europeo dei diritti sociali, proclamato nel 2017, riflette il principio di sussidiarietà orizzontale nel suo approccio alla partecipazione sociale e all'inclusione attiva. In particolare, il principio 18 sull'assistenza a lungo termine sottolinea l'importanza dei servizi di comunità e domiciliari, riconoscendo implicitamente il ruolo della società civile e delle comunità locali nella fornitura di assistenza e supporto⁷.
4. Il Comitato economico e sociale europeo ha più volte sottolineato l'importanza della sussidiarietà orizzontale nei suoi pareri, promuovendo il coinvolgimento attivo della società civile.
5. Il programma "Europa per i cittadini" (2014-2020) e il suo successore "Cittadini, uguaglianza, diritti e valori" (2021-2027) promuovono la partecipazione civica e la democrazia partecipativa, allineandosi ai principi di sussidiarietà orizzontale.

Mentre la formulazione esplicita del principio di sussidiarietà orizzontale nella Costituzione italiana rimane piuttosto unica, i concetti di partecipazione civica, collaborazione tra istituzioni e cittadini, e valorizzazione dell'iniziativa della società civile sono presenti e promossi sia nella legislazione slovena che in quella europea, riflettendo una tendenza comune verso una governance più partecipativa e inclusiva.

⁷ Commissione Europea. (2017). Pilastro europeo dei diritti sociali. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights_it

1.2. Il regolamento per l'amministrazione condivisa dei beni comuni e i patti di collaborazione/sussidiarietà

Il Regolamento per l'amministrazione condivisa dei beni comuni rappresenta uno strumento innovativo presente nel contesto italiano che traduce in pratica il principio di sussidiarietà orizzontale, fornendo un quadro normativo per la collaborazione tra cittadini e amministrazioni pubbliche. Questo strumento, adottato da numerose comunità italiane a partire dal 2014⁸, si basa sul modello elaborato da Labsus (Laboratorio per la Sussidiarietà⁹) e mira a promuovere la cura e la rigenerazione dei beni comuni urbani attraverso la partecipazione attiva dei cittadini.

Il regolamento definisce i beni comuni come quei beni, materiali e immateriali, che i cittadini e l'amministrazione riconoscono essere funzionali all'esercizio dei diritti fondamentali della persona, al benessere individuale e collettivo, e all'interesse delle generazioni future. Questi possono includere spazi pubblici, aree verdi, edifici in disuso, ma anche beni immateriali come la coesione sociale o la qualità di vita delle persone anziane.

Il cuore operativo del regolamento sono i patti di collaborazione, accordi attraverso i quali cittadini e amministrazione definiscono gli obiettivi, la durata, le modalità di azione, il ruolo di ciascun attore, e le risorse a disposizione.

Nel contesto delle comunità amiche delle persone anziane, i patti di collaborazione offrono opportunità significative. Possono, ad esempio, facilitare la creazione di orti urbani gestiti da anziani, l'organizzazione di attività intergenerazionali in spazi pubblici, o la gestione condivisa di spazi per creare centri di aggregazione.

L'adozione di questi strumenti richiede un cambiamento culturale all'interno delle amministrazioni, che devono passare da un approccio autorizzativo a uno collaborativo. Ciò implica la formazione del personale, la creazione di uffici dedicati e l'adozione di procedure semplificate per facilitare l'iniziativa dei cittadini.

I patti di collaborazione hanno dimostrato di avere numerosi benefici: rafforzano il senso di appartenenza alla comunità, valorizzano le competenze dei cittadini, promuovono la coesione sociale, e consentono una gestione più efficiente e partecipata dei beni comuni. Nel caso specifico degli anziani, questi strumenti offrono opportunità di partecipazione attiva, contrastando l'isolamento e promuovendo un invecchiamento sano e socialmente integrato.

In conclusione, il regolamento per l'amministrazione condivisa e i patti di collaborazione rappresentano strumenti concreti per attuare il principio di sussidiarietà orizzontale, offrendo un quadro normativo flessibile per la co-creazione di una comunità inclusiva e a misura di anziano valorizzando il concetto di cittadinanza attiva.

⁸ Elenco degli Enti che hanno approvato Regolamenti o Leggi <https://www.labsus.org/i-regolamenti-per-lamministrazione-condivisa-dei-beni-comuni/>

⁹ <https://www.labsus.org/>

1.3. Patti di comunità e protocolli di intesa

Nel caso dell'esperienza del progetto Crosscae 2.0 i Patti di Comunità, che saranno ora presentati e che rappresentano l'obiettivo finale del processo descritto nelle presenti linee guida, non si sviluppano all'interno della cornice del regolamento per l'amministrazione condivisa dei beni comuni ma si caratterizzano come protocolli di intesa. L'adozione di un regolamento comporta un iter amministrativo con tempistiche medio lunghe e richiede la maturazione del commitment politico necessario all'approvazione da parte del Consiglio Comunale. I tempi contingentati dell'implementazione hanno dunque portato alla scelta di adottare il protocollo di intesa.

Il protocollo di intesa rappresenta uno strumento giuridico più flessibile e meno stringente per le amministrazioni locali e che necessita l'approvazione soltanto della Giunta Comunale. Ciò non esclude che l'evoluzione dei patti di comunità qui presentati possa in futuro concretizzarsi proprio nell'adozione di un regolamento per l'amministrazione condivisa dei beni comuni da parte degli enti coinvolti che avrebbe il pregio di meglio valorizzare anche l'apporto dei singoli cittadini e/o dei gruppi informali di cittadini” che è un limite degli altri strumenti oggi disponibili.

Il protocollo d'intesa è uno strumento giuridico-amministrativo ampiamente utilizzato nella pubblica amministrazione italiana. Si configura come un accordo preliminare tra due o più parti, pubbliche o private, che definisce una linea di condotta comune o un'intesa su specifici obiettivi. A differenza di contratti o convenzioni, il protocollo d'intesa non ha generalmente natura vincolante, ma esprime un impegno morale delle parti a collaborare per il raggiungimento degli scopi prefissati. Questo strumento offre la flessibilità necessaria per adattarsi a contesti in evoluzione e per coinvolgere una pluralità di attori di diversa natura giuridica.

Nel contesto dei patti di comunità, il protocollo d'intesa permette di formalizzare gli impegni reciproci senza imporre obblighi giuridici stringenti, facilitando così l'adesione di una vasta gamma di stakeholder. Inoltre, la sua natura non vincolante consente di modificare e adattare gli accordi nel tempo, in risposta alle mutevoli esigenze della comunità.

Il patto di comunità si configura, dunque, come un accordo di rete, una libera intesa sottoscritta tra cittadini (singoli e associati), amministrazione comunale, servizi, e le organizzazioni della società civile per la creazione di collaborazioni volte alla promozione dell'interesse generale mediante la presa in carico condiviso della comunità, in particolare delle persone anziane.

Partendo da un modello condiviso, ciascun territorio durante i tavoli di lavoro per i patti di comunità (vedi paragrafo 3.3) può adattare il protocollo alla propria realtà, tenendo conto delle specificità territoriali, degli stakeholder coinvolti e della mappatura dei bisogni, dei rischi e delle vulnerabilità e delle risorse comunitarie.

2. Il percorso di attivazione della comunità

Prima di addentrarci nei dettagli del processo di attivazione della comunità che porterà ad un processo partecipato di scrittura dei patti di comunità, è fondamentale presentare la figura del care-manager e la sua evoluzione all'interno del progetto Crosscare 2.0. Questa premessa ci permetterà di comprendere meglio il suo ruolo cruciale nel percorso che conduce alla sottoscrizione dei patti di comunità.

Nel contesto di Crosscare 2.0, il care-manager è quella figura che, nelle diverse fasi di progetto, funge da ponte tra la persona anziana e il sistema dei servizi. All'interno del work package 2 "Realizzazione dei Patti di Comunità per un welfare generativo" il care-manager si appropria di una dimensione più ampia, trasformandosi in quello che si potrebbe definire "*community care-manager*". Questa evoluzione segna un passaggio significativo: da un focus sulla cura individuale della persona anziana a un approccio più olistico di cura della comunità nel suo insieme.

2.1. Il lavoro del community care-manager

Il community care-manager agisce come catalizzatore e facilitatore di un processo complesso. Il suo obiettivo primario è promuovere e guidare un cambiamento culturale all'interno della comunità, incoraggiando l'assunzione di una maggiore responsabilità collettiva per la qualità di vita di una comunità e, nel caso specifico del progetto CrossCare 2.0, delle persone anziane all'interno della comunità. Questo approccio riconosce gli anziani non solo come destinatari della cura, ma come parte integrante e preziosa del tessuto comunitario.

Il community care-manager non è necessariamente un assistente sociale ma deve essere un operatore del sociale che possieda competenze multidisciplinari quali la gestione di gruppi di lavoro, la pianificazione comunitaria, la mediazione, la gestione di progetti, la capacità di leggere la complessità, la comunicazione empatica, la capacità di ascolto attivo, la flessibilità e la resilienza.

Le funzioni principali del community care-manager sono:

1. facilitare la creazione di reti di supporto all'interno della comunità;
2. promuovere la collaborazione tra diversi stakeholder;
3. stimolare la partecipazione attiva degli anziani nella vita comunitaria;
4. guidare il processo di co-progettazione dei patti di comunità.

Attraverso queste azioni, il community care-manager mira a costruire una comunità più inclusiva, resiliente e attenta alle esigenze di tutti i suoi membri, con particolare attenzione alla popolazione anziana. Il suo ruolo è fondamentale nel trasformare il concetto astratto di "comunità amica degli anziani" in realtà concreta e sostenibile.

Il lavoro del community care-manager può attingere a diversi approcci metodologici riconosciuti in letteratura quali ad esempio:

1. Asset-Based Community Development (ABCD): questo approccio si concentra sull'identificazione e la mobilitazione delle risorse esistenti all'interno della comunità, piuttosto che focalizzarsi sui deficit. Il care-manager utilizza l'ABCD per valorizzare le competenze, le esperienze e le capacità degli anziani e degli altri membri della comunità (Kretzmann & McKnight, 1993¹⁰).

¹⁰ Kretzmann, JP, & McKnight, JL (1993). Costruire comunità dall'interno verso l'esterno: un percorso verso la ricerca e la mobilitazione delle risorse di una comunità. Pubblicazioni ACTA.

2. Participatory Action Research (PAR): questa metodologia coinvolge attivamente i membri della comunità nel processo di ricerca e azione. Il care-manager applica i principi del PAR per garantire che le voci degli anziani e degli altri stakeholder siano centrali nel processo decisionale e nella progettazione delle iniziative (Reason & Bradbury, 2008¹¹).

Di seguito saranno illustrate le metodologie che il community care-manager può adottare per individuare gli stakeholder, coinvolgerli e costruire la rete territoriale. Si precisa che le pagine che seguono sono focalizzate sul target principale del progetto: la popolazione anziana.

2.2. L'individuazione degli stakeholder

Per individuare gli stakeholder principali da coinvolger nel percorso di attivazione della comunità il community care-manager ha a disposizione diversi strumenti in particolare la mappatura degli stakeholder e la network analysis di cui segue una breve caratterizzazione.

1. Mappatura degli stakeholder (Bryson, 2004¹²)

La mappatura degli stakeholder è uno strumento essenziale per il community care-manager nel processo di attivazione della comunità. Questa tecnica permette di identificare, analizzare e visualizzare tutti gli attori chiave coinvolti o potenzialmente interessati al progetto di creazione di una comunità amica delle persone anziane.

Il processo di mappatura generalmente include:

- l'identificazione di tutti gli stakeholder potenziali;
- l'analisi del loro livello di interesse e influenza;
- la categorizzazione in base al loro ruolo e importanza;
- la visualizzazione delle relazioni tra i vari stakeholder.

La mappatura aiuta il community care-manager a:

- comprendere le dinamiche di potere all'interno della comunità;
- identificare potenziali alleati e oppositori;
- pianificare strategie di coinvolgimento mirate;
- gestire le aspettative e i conflitti potenziali.

2. Network Analysis

La Network Analysis è uno strumento potente che il care-manager può utilizzare per comprendere e visualizzare le relazioni all'interno della comunità. Questa tecnica permette di mappare le connessioni

¹¹ Reason, P., & Bradbury, H. (a cura di). (2008). The SAGE Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice (2a ed.). SAGE Publications.

¹² Bryson, JM (2004). Cosa fare quando gli stakeholder contano: tecniche di identificazione e analisi degli stakeholder. Public Management Review, 6(1), 21-53.

tra individui, gruppi e organizzazioni, identificando nodi centrali, ponti e potenziali lacune nella rete comunitaria. Attraverso l'analisi di metriche come la centralità e la densità, il care-manager può individuare gli attori chiave e le strutture di comunicazione esistenti, facilitando così interventi mirati per rafforzare la coesione sociale e migliorare il flusso di informazioni e risorse (Wasserman & Faust, 1994¹³).

Questi due strumenti, utilizzati in sinergia, forniscono al care-manager un approccio completo e positivo per l'attivazione e lo sviluppo di comunità amiche delle persone anziane, permettendo una comprensione approfondita del contesto, una valutazione accurata della prontezza della comunità e un approccio costruttivo al cambiamento.

2.3. Il coinvolgimento degli stakeholder

Per coinvolgere gli stakeholder è importante l'utilizzo da parte del community care-manager di una comunicazione multi-canale e multi-target essenziale per raggiungere efficacemente tutti i segmenti della comunità. Questo approccio prevede l'utilizzo integrato di diversi canali di comunicazione (come social media, stampa locale, incontri faccia a faccia) e la personalizzazione dei messaggi per specifici gruppi target. Una strategia di comunicazione ben progettata può aumentare la consapevolezza, promuovere la partecipazione e facilitare il coinvolgimento attivo di diverse fasce della popolazione, inclusi gli anziani, nella creazione di una comunità più inclusiva (Kotler & Lee, 2008¹⁴).

Nel processo di attivazione della comunità, è possibile che il livello di coinvolgimento iniziale non sia ottimale. Tuttavia, è fondamentale mantenere un alto livello di coinvolgimento con tutti gli stakeholder, compresi quelli che inizialmente non stavano attivamente partecipando agli incontri o alle riunioni. Questo approccio inclusivo può favorire il loro coinvolgimento lungo il percorso.

Di seguito alcune strategie per mantenere e aumentare il coinvolgimento degli stakeholder:

1. Comunicazione costante: Inviare resoconti dettagliati degli incontri a tutti gli stakeholder, anche a coloro che non hanno partecipato. Questo li tiene informati sui progressi e sulle decisioni prese.
2. Contatti personalizzati: effettuare contatti telefonici regolari o organizzare incontri one-to-one nel contesto di ogni singolo stakeholder. Questo approccio personalizzato può aiutare a comprendere le loro esigenze e preoccupazioni specifiche.
3. Sfruttare la rete esistente: incoraggiare i soggetti già coinvolti nel processo a fungere da ambasciatori, chiedendo loro di raggiungere e coinvolgere ulteriori attori rilevanti.
4. Mappatura continua: durante gli incontri, indagare regolarmente su chi altro potrebbe essere necessario coinvolgere. Assegnare ai partecipanti il compito di contattare questi potenziali nuovi stakeholder.

¹³ Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Analisi dei social network: metodi e applicazioni*. Cambridge University Press.

¹⁴ Kotler, P., & Lee, NR (2008). *Marketing sociale: influenzare i comportamenti per il bene*. Sage Publications.

5. Flessibilità nelle modalità di partecipazione: offrire diverse opzioni per il coinvolgimento, come la partecipazione da remoto, organizzare gli incontri in momenti diversi della giornata o la possibilità di fornire input in forma scritta, per adattarsi alle diverse esigenze e disponibilità.
6. Valorizzazione dei contributi: riconoscere e valorizzare ogni forma di partecipazione, anche se non costante o diretta, per incoraggiare un coinvolgimento continuativo.
7. Aggiornamenti regolari: fornire aggiornamenti periodici sui progressi del progetto a tutti gli stakeholder, evidenziando l'impatto del loro coinvolgimento.

La persistenza, la flessibilità e l'attenzione personalizzata sono chiavi per costruire e mantenere una comunità attiva e partecipativa tenendo sempre presente che il coinvolgimento è un processo dinamico che si alimenta nella dimensione relazionale.

2.4. La costruzione della rete

La costruzione di una rete comunitaria efficace è un processo complesso e dinamico che richiede tempo, risorse adeguate e un impegno costante. Questo processo è fondamentale per creare comunità amiche delle persone anziane e non può prescindere dal coinvolgimento attivo e dall'identificazione dei diversi stakeholder come nodi essenziali della rete.

Il community care-manager assume un ruolo cruciale di facilitatore in questo processo. Il suo compito principale è creare le condizioni ottimali affinché i diversi nodi della rete possano:

1. riconoscersi come parte integrante di un sistema interconnesso;
2. immaginare collettivamente il potenziale della rete;
3. definire insieme obiettivi comuni, azioni concrete e la forma organizzativa più adatta alla rete.

Le fasi chiave nel processo di costruzione della rete sono di seguito indicate:

1. Creazione di opportunità di incontro: organizzare eventi, workshop e incontri che permettono agli stakeholder di conoscersi e iniziare a collaborare.
2. Facilitazione del dialogo: guidare conversazioni strutturate per aiutare i partecipanti a obiettivi comuni e aree di sinergia.
3. Co-progettazione della struttura della rete: coinvolgere attivamente gli stakeholder nella definizione delle modalità operative, dei canali di comunicazione e dei meccanismi decisionali della rete.
4. Implementazione di progetti pilota: avviare iniziative concrete a breve termine per dimostrare il valore della collaborazione e costruire fiducia tra i membri della rete.
5. Monitoraggio e valutazione continua: implementare sistemi per tracciare i progressi, identificare le sfide e adattare le strategie secondo necessità.

6. Sviluppo di capacità: fornire formazione e supporto per rafforzare le competenze dei membri della rete in aree chiave come la comunicazione, la leadership condivisa e la gestione dei conflitti.

In conclusione, il ruolo del community care-manager è fondamentale per il successo dei processi di attivazione comunitaria. La sua capacità di integrare diverse metodologie, gestire le complessità relazionali e facilitare la collaborazione tra diversi attori è cruciale per creare il terreno fertile in cui possano nascere esperienze di cittadinanza attiva.

3. La realizzazione dei patti di comunità

Dopo aver delineato il ruolo cruciale del community care-manager nel processo di attivazione della comunità, proponiamo un percorso strutturato che mira alla redazione e alla sottoscrizione dei patti di comunità. Questo iter si articola in tre fasi distinte, ciascuna essenziale per costruire una base solida di collaborazione e impegno condiviso.

Il percorso si sviluppa secondo una logica di espansione e successiva convergenza:

- FASE 1: Incontri con le istituzioni locali
- FASE 2: Incontri di attivazione della comunità
- FASE 3: Tavoli di lavoro per la scrittura del patto di comunità

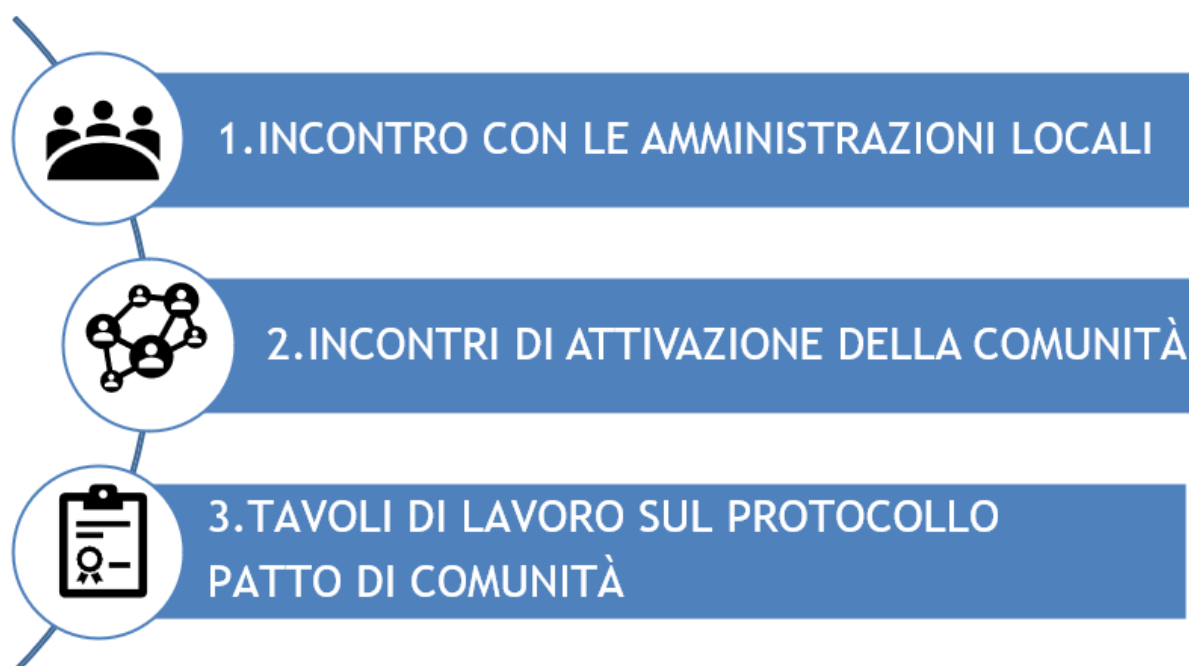


Questo approccio metodologico parte dal dialogo e dal confronto con i soggetti istituzionali chiave, per poi espandersi, coinvolgendo un più ampio spettro di attori comunitari. La fase di espansione include il coinvolgimento attivo della cittadinanza, sia come singoli individui che come espressioni associate. Infine, il processo converge nuovamente verso un obiettivo comune e concreto: la stesura del patto di comunità.

Questa struttura consente di:

- garantire il supporto istituzionale necessario;
- ampliare la base di partecipazione e inclusione;
- capitalizzare le diverse prospettive e risorse della comunità;
- creare un senso di proprietà condiviso del processo e dei risultati.

Nelle sezioni seguenti, esamineremo in dettaglio ciascuna fase, fornendo linee guida pratiche per la loro implementazione efficace.



3.1. FASE1: Incontri con le istituzioni locali

Il coinvolgimento delle istituzioni locali rappresenta il punto di partenza fondamentale per il percorso di attivazione della comunità. Questi incontri iniziali sono cruciali per garantire il supporto e il commitment istituzionale necessario e formalizzare l'impegno di collaborazione tra pubblico e privato, in linea con il principio di sussidiarietà precedentemente discusso.

Il community care-manager, facendo leva sulla sua conoscenza approfondita del contesto locale, ha il compito di identificare e coinvolgere le istituzioni più rilevanti. Mentre la presenza dell'amministrazione comunale è imprescindibile, anche se non è detto che il processo parta necessariamente da questa, altre istituzioni possono variare in base alle specificità territoriali. Queste possono includere:

- azienda socio-sanitaria locale;
- comuni e/o Ambiti territoriali sociali;
- servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari per persone anziane;
- enti territoriali per l'edilizia residenziale;
- strutture regionali competenti;
- università e istituti di ricerca;
- altre istituzioni ritenute strategiche dal community care-manager.

Gli obiettivi degli incontri sono:

- Presentazione del percorso: illustrare in dettaglio le fasi e gli obiettivi del processo di attivazione della comunità.
- Ingaggio istituzionale: stimolare l'interesse e l'impegno delle istituzioni nel processo.
- Anticipazione dell'obiettivo finale: chiarire che il percorso mira alla firma di un patto di comunità.
- Evidenziare i benefici: sottolineare le potenzialità di collaborazioni più strutturate con la cittadinanza e vantaggi per tutte le parti coinvolte.

La flessibilità è fondamentale nell'organizzazione di questi incontri. Il community care-manager deve adattare l'approccio alle specificità e alle preferenze di ciascuna istituzione. Le opzioni includono:

- Eventi formali: incontri strutturati con presentazioni dettagliate e discussioni guidate.
- Confronti informali: colloqui più rilassati che permettono uno scambio di idee più fluido e riservato.
- Integrazione in eventi/attività esistenti: sfruttare riunioni già programmate per presentare il progetto e avviare il dialogo.

Per assicurarsi il raggiungimento degli obiettivi proposti è importante concentrarsi sulla preparazione degli incontri raccogliendo le informazioni dettagliate su ciascuna istituzione e personalizzare l'approccio, predisporre documenti chiari e concisi che illustrino il progetto e i suoi benefici. È inoltre importante assumere una postura di ascolto attivo che preveda di essere recettivi alle preoccupazioni e alle idee delle istituzioni, raccogliendo input preziosi per adattare il processo alle esigenze locali.

A seguito dell'incontro il community care-manager si assicurerà di mantenere il contatto con le istituzioni fornendo aggiornamenti regolari e cercando di far maturare il coinvolgimento della componente istituzionale all'interno del processo di realizzazione dei patti di comunità.

3.2. FASE 2: Incontri di attivazione della comunità

Dopo aver stabilito un solido contatto con gli stakeholder territoriali è necessario mantenere l'engagement degli stessi coinvolgendoli nel processo di attivazione della comunità che si sviluppa attraverso due incontri chiave, ciascuno con obiettivi specifici e una struttura ben definita.

Primo Incontro: analisi dei bisogni

Obiettivo: stimolare la riflessione sui bisogni e le risorse della comunità in relazione alla popolazione anziana.

Struttura:

1. Ice-breaking e conoscenza reciproca: attività per creare un'atmosfera accogliente e favorire le connessioni tra i partecipanti.
2. Presentazione del percorso: illustrazione chiara delle finalità e degli obiettivi del processo di attivazione.
3. Mappatura condivisa dei bisogni: esercizio interattivo per identificare le necessità e le vulnerabilità delle persone anziane e le lacune nel sistema dei servizi esistenti.
4. Sintesi collettiva: riepilogo e discussione dei punti chiave emersi.
5. Compito di partecipazione: assegnazione di un'attività concreta per mantenere l'engagement tra gli incontri.

Secondo Incontro: Mappatura delle risorse

Obiettivo: identificare e valorizzare le risorse disponibili per la popolazione anziana nella comunità.

Struttura:

1. Ice-breaking e accoglienza: breve attività per riconnettere i partecipanti e integrare eventuali nuovi membri.
2. Riepilogo del primo incontro: sintesi dei bisogni, dei rischi e delle vulnerabilità identificati precedentemente.
3. Mappatura delle risorse: esercizio collaborativo per individuare le risorse esistenti e potenziali a disposizione degli anziani e del sistema dei servizi.
4. Sintesi e discussione: analisi collettiva delle risorse mappate e delle loro potenzialità.
5. Presentazione della fase successiva: illustrazione dei prossimi passi del percorso, con focus sui tavoli di lavoro.

Nella conduzione di entrambi gli incontri, il community care-manager si trova di fronte a una sfida complessa che richiede una combinazione di competenze e sensibilità. La gestione di gruppi eterogenei, ciascuno con i propri interessi e prospettive, richiede un'attenzione particolare alle dinamiche interpersonali e di gruppo che inevitabilmente emergono. In questo contesto, il community care-manager deve attingere al suo bagaglio di competenze nella facilitazione e nella gestione dei gruppi, mettendo in campo strategie efficaci per promuovere un dialogo costruttivo, gestire potenziali

conflitti e garantire che ogni voce sia ascoltata e valorizzata. La sua abilità nel creare un ambiente inclusivo e collaborativo è fondamentale per il successo degli incontri e, in ultima analisi, per la realizzazione dei patti di comunità. Pertanto, è essenziale che il community care-manager sia consapevole di alcune considerazioni chiave che possono incidere in modo significativo sull'esito di questi incontri cruciali:

1. Gestione delle dinamiche di potere:

- utilizzare tecniche di facilitazione che garantiscono equa partecipazione;
- alternare lavori in piccoli gruppi e sessioni plenarie per dare voce a tutti;
- implementare regole di base che promuovano il rispetto e l'ascolto reciproco.

2. Mantenimento dell'impegno a lungo termine:

- evidenziare i progressi e i risultati tangibili dopo ogni incontro;
- creare un sistema di comunicazione continua tra gli incontri (es. newsletter, gruppo WhatsApp);
- assegnare ruoli e responsabilità specifiche ai partecipanti per aumentare il senso di appartenenza.

3. Integrazione di nuovi membri:

- prevedere momenti di aggiornamento e allineamento all'inizio di ogni incontro.

4. Flessibilità e adattabilità:

- essere pronti a modificare l'agenda in base alle esigenze emergenti del gruppo;
- prevedere diverse modalità di partecipazione (in presenza, online, mista) per massimizzare l'inclusione.

Questi incontri di attivazione sono cruciali per costruire una base solida di conoscenza condivisa e per creare un senso di comunità tra i partecipanti, gettando le fondamenta per la successiva fase di co-progettazione del patto di comunità.

3.3. FASE 3: Tavoli di lavoro sul patto di comunità

Dopo la fase di attivazione della comunità, che ha coinvolto i diversi stakeholder nella mappatura dei bisogni, dei rischi, delle vulnerabilità e delle risorse del territorio, si procede alla definizione dei Patti di Comunità. Questa fase cruciale si articola in due incontri strutturati, denominati "tavoli di lavoro", finalizzati a definire l'obiettivo del patto e ad elaborarne il testo.

Primo tavolo di lavoro: "Definizione dell'obiettivo e della struttura della rete"

Obiettivo: condividere e definire il focus del patto, ovvero la costituzione di una rete di soggetti collaborativi per promuovere e migliorare la qualità di vita delle persone anziane.

Metodologia:

Il progetto CrossCare 2.0 è co-finanziato dall'Unione europea nell'ambito del Programma Interreg VI-A Italia-Slovenia.

Projekt CrossCare 2.0 sofinancira Evropska unija v okviru Programa Interreg VI-A Italija-Slovenija.

1. Riflessione individuale: si fornisce ai partecipanti un momento di riflessione personale basato su domande di stimolo:
 - Perché è necessaria una rete di comunità? Quali bisogni potrebbe soddisfare?
 - Quali azioni concrete potrebbero intraprendere la rete?
 - Quale struttura di governance sarebbe più efficace?
 - Come dovrebbe operare la rete in termini pratici?
2. Discussione collettiva: facilitare una condivisione inclusiva delle riflessioni, assicurando che ogni partecipante abbia l'opportunità di esprimere la propria visione.
3. Presentazione del format: introdurre il modello di Patto di Comunità (vedi paragrafo 4), spiegandone la struttura e le finalità.
4. Compito per l'incontro successivo: assegnare ai partecipanti il compito di condividere e discutere il format all'interno delle proprie organizzazioni.

Secondo tavolo di lavoro: "Elaborazione del testo finale"

Obiettivo: giungere a un testo condiviso del Patto di Comunità, che possa essere sottoscritto da parte di tutti gli enti coinvolti.

Metodologia:

1. Revisione collettiva: esaminare il formato del patto, incorporando le osservazioni e i feedback raccolti dai vari enti/organizzazioni coinvolti.
2. Adattamento al contesto locale: modificare il testo per riflettere le specificità territoriali, i bisogni e le vulnerabilità identificati e le risorse disponibili.
3. Identificazione di elementi critici: discutere e risolvere potenziali ostacoli o punti di disaccordo.
4. Finalizzazione del testo: raggiungere un consenso sul contenuto finale del patto.
5. Pianificazione della firma: definire le modalità e l'organizzazione dell'evento di sottoscrizione del patto.

Questi tavoli di lavoro rappresentano un momento cruciale nel processo di costruzione della rete di comunità. È essenziale mantenere un approccio inclusivo, flessibile e orientato al consenso, riconoscendo che il valore del patto risiede tanto nel processo di co-creazione quanto nel documento finale.

4. Un modello di Patto di comunità

Il modello di Patto di Comunità si presenta come documento utilizzabile durante i tavoli di lavoro con i vari attori del territorio come punto di partenza per redigere il proprio patto di comunità. La sua struttura comprende una premessa iniziale, 10 articoli e un allegato (Allegato 1).

La Premessa delinea il contesto e le motivazioni che portano alla realizzazione del Patto di Comunità. In particolare, evidenzia le sfide legate all'invecchiamento della popolazione e alle criticità riscontrate nei servizi di inclusione sociale e di welfare sottolineando l'importanza di un approccio innovativo basato sui Patti di Comunità per attivare nuove risorse e collaborazioni all'interno della comunità.

Il nucleo centrale del Patto è costituito dagli articoli 2,3,5,6.

L'Articolo 2 definisce l'oggetto del Patto di Comunità, ovvero disciplinare la collaborazione tra i soggetti sottoscrittori per la realizzazione della rete comunitaria.

L'Articolo 3 illustra le finalità e gli obiettivi del Patto di Comunità, incentrati sulla costruzione di comunità accoglienti e amiche delle persone anziane volti a contrastare l'isolamento sociale e promuovendo contemporaneamente la cittadinanza attiva degli anziani.

L'Articolo 5 individua gli ambiti di collaborazione tra le parti, che includono assistenza e supporto, trasporto sociale, abitare sociale, attività culturali, ricreative e sociali, formazione e informazione, ricerca e innovazione.

L'Articolo 6 specifica gli impegni delle parti sottoscrittrici, che vanno dalla mappatura dei bisogni e delle risorse del territorio, allo sviluppo di programmi e servizi innovativi, alla realizzazione di azioni concrete negli ambiti di intervento, al coinvolgimento dei cittadini e alla facilitazione della collaborazione tra servizi pubblici, enti del terzo settore e cittadini.

Un ruolo importante è rivestito anche dall'Articolo 7 sulle modalità di attuazione e dall'Allegato 1, poiché forniscono concretezza agli intenti e agli impegni espressi nel Patto, delineando le azioni pratiche da intraprendere per la sua realizzazione.

La decisione di includere un allegato esterno al Patto di Comunità rappresenta una scelta strategica e funzionale, volta a massimizzare la flessibilità e l'efficacia dell'accordo. Questa struttura bipartita, composta dal Patto principale e dall'Allegato 1, offre molteplici vantaggi:

1. Personalizzazione degli impegni: l'Allegato 1 consente a ciascun ente sottoscrittore di definire in modo dettagliato e specifico il proprio contributo alla realizzazione del Patto. Mentre il documento principale pubblica gli impegni generici e condivisi, l'allegato permette di articolare azioni concrete, tempistiche e risorse che ogni ente intende dedicare. Questa personalizzazione favorisce un impegno più mirato e realizzabile, aumentando le probabilità di successo dell'iniziativa.
2. Adattabilità nel tempo: la separazione tra il Patto e l'Allegato facilita l'aggiornamento continuo degli impegni specifici senza necessità di modificare il documento principale. Ciò consente una maggiore reattività ai cambiamenti della comunità, consentendo agli enti di adeguare le proprie azioni in base all'evoluzione delle esigenze e delle opportunità.
3. Facilitazione dell'allargamento della rete: la struttura flessibile dell'accordo favorisce l'inclusione progressiva di nuovi soggetti nella rete comunitaria. I nuovi aderenti possono sottoscrivere il Patto esistente e definire i propri impegni specifici nell'Allegato 1, senza necessità di rinegoziare l'intero documento. Questo approccio inclusivo promuove la crescita organica della rete e l'arricchimento continuo delle risorse e competenze disponibili.

4. Monitoraggio e valutazione facilitati: la presenza di un allegato dedicato agli impegni specifici semplifica il processo di monitoraggio e valutazione delle azioni intraprese. Ogni ente può facilmente tracciare i propri progressi e condividere i risultati con la rete, favorendo la trasparenza e l'apprendimento reciproco.
5. Promozione della responsabilità individuale e collettiva: la compilazione dell'Allegato 1 incoraggia ogni ente a riflettere attentamente sul proprio ruolo all'interno della rete e sulle proprie capacità di contribuire. Questo processo favorisce un senso di responsabilità sia individuale che collettiva, rafforzando il tessuto collaborativo della comunità.

In conclusione, l'adozione di un allegato esterno al Patto di Comunità non è solo una scelta pratica, ma una strategia che promuove dinamismo, inclusività e sostenibilità a lungo termine dell'iniziativa. Questa struttura riflette la natura evolutiva e collaborativa del processo di costruzione di una comunità amica delle persone anziane, garantendo che il Patto rimanga uno strumento vivo, adattabile e sempre rilevante per le esigenze della comunità.

MODELLO PATTODI COMUNITÀ

Premessa

Il progetto “CrossCare 2.0- Strategie integrate e condivise per la capitalizzazione del Modello CrossCare” mira a costruire una risposta adeguata al fenomeno dell’invecchiamento della popolazione una sfida comune dell’Area Programma Interreg Italia-Slovenia che avrà un impatto significativo sulle politiche sanitarie e di inclusione sociale. Il progetto è volto a capitalizzare e rafforzare il Modello CrossCare¹⁵ sviluppando strategie condivise e potenziando il coordinamento dei servizi esistenti nell’area transfrontaliera. Attraverso la realizzazione sperimentale di Patti di Comunità transfrontalieri a livello locale, il progetto sostiene un modello di presa in carico integrata e personalizzata dell’anziano e della sua famiglia, in sinergia tra servizi pubblici e privati, grazie alla collaborazione con la società civile e tutte le realtà formali e informali attive sul territorio.

Le trasformazioni demografiche e sociali degli ultimi anni, seppur con caratteristiche eterogenee, rappresentano un fattore che a medio termine avrà un rilevante impatto sulle politiche sanitarie e di inclusione sociale nell’intera area di intervento, caratterizzata da squilibri nei servizi legati all’inclusione sociale e ai sistemi di welfare. Tra le criticità riscontrate, troviamo:

1. Presa in carico tardiva dell’anziano e della sua famiglia, dovuta a scarsa prevenzione e insufficiente sviluppo della domiciliarità.
2. Carenza di diagnosi globale e di integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio-assistenziali, nonché con realtà associative e il tessuto comunitario, spesso caratterizzati da azioni frammentate.

Questi aspetti sono accentuati dagli effetti della crisi economica, che ha comportato un aumento della povertà e una riduzione della spesa pubblica, mettendo sotto stress i sistemi di welfare.

I Patti di Comunità possono rappresentare un approccio innovativo nella cura dell’anziano e uno strumento per attivare nuove risorse dei vari soggetti interessati di una comunità (servizi pubblici, ETS, privato sociale, gruppi e/o singoli cittadini, etc, ...); i patti di comunità sono l’esito di un processo attraverso il quale i vari portatori di interesse definiscono un accordo sulle modalità di collaborazione in un dato settore di intervento. Essi formalizzano collaborazioni e reti di opportunità, realizzano servizi e soluzioni comuni per affrontare l’invecchiamento e rinforzano la coesione sociale.

Un welfare evoluto è determinante per la prevenzione delle fragilità e richiede la cooperazione di tutti gli attori che, a diverso titolo, operano per migliorare la qualità di vita delle persone anziane. L’approccio Community Care¹⁶, a cui si ispira il progetto “CrossCare 2.0-Strategie integrate e condivise per la

¹⁵ Crosscare® è il modello transfrontaliero congiunto per la presa in carico integrata e personalizzata dell’anziano definito attraverso la realizzazione del progetto “Crosscare: Approccio integrato transfrontaliero nella cura dell’anziano” svoltosi con il Programma Interreg Italia Slovenia 2014-2020

¹⁶ L.Ridolfi. Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale. Paper for the Espanet Conference “Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa” Milano, 29 Settembre — 1 Ottobre 2011 - Cfr. L. Ridolfi, Co-evoluzioni in sanità: forme di interazione e prospettive di sviluppo

capitalizzazione del Modello CrossCare”, cerca di ripensare il sistema dei servizi a livello delle comunità locali, suggerendo modalità di progettazione e attivazione di reti di intervento basate su un incontro collaborativo tra soggetti del “settore informale” e del “settore formale” attraverso relazioni sinergiche.

La mobilitazione delle autorità pubbliche e degli stakeholder territoriali contribuisce ad ampliare l'analisi dei bisogni e delle risorse, cooperando per pianificare soluzioni alle sfide comuni.

Alla luce degli elementi emersi dai tavoli di confronto e attivazione della comunità tenutisi a livello territoriale nella primavera 2024, si propone quanto segue.

Art. 1 - Valore delle premesse e degli allegati

Le premesse e i documenti ivi richiamati, ancorché non materialmente allegati, formano parte integrante e sostanziale della presente intesa.

Art.2- Oggetto

La presente intesa si propone di disciplinare la collaborazione tra i soggetti sottoscrittori per la realizzazione della rete “...”.

Tale collaborazione è requisito essenziale al fine di promuovere a livello territoriale il coinvolgimento di tutti gli attori che a diverso titolo operano per la promozione e il miglioramento della qualità di vita delle persone anziane. È altresì elemento utile e indispensabile a perseguire e consolidare gli obiettivi del lavoro avviato nell'anno 2024 con il progetto “Crosscare2.0”.

Art. 3- Finalità e obiettivi

Le persone anziane sono sempre più presenti nella quotidianità di una comunità, in ragione del processo di allungamento della vita, e sollecitano tutti gli attori sociali a favorire una trama di risposte di sollecitudine e di prossimità affinché la presa in carico della persona anziana da parte dei servizi sia puntuale ed adeguata alla sua evoluzione e sia pienamente riconosciuto il ruolo di tutte le persone all'interno della comunità.

Gli obiettivi dell'intesa sono di attivare una pluralità di azioni capaci di costruire comunità accoglienti e amiche delle persone anziane in risposta alle criticità connesse all'isolamento sociale, alle patologie, al decadimento cognitivo, alla non autosufficienza, ai processi di emarginazione e allo stigma che colpisce loro e le loro famiglie.

Art. 4- Soggetti sottoscrittori

Possono essere sottoscrittori del patto di comunità tutti i soggetti pubblici, del privato sociale e gruppi informali che ne condividano le finalità e gli obiettivi di cui all'art. 3 e, come previsto dall'art. 6, si impegnino attivamente a collaborare negli ambiti previsti dall'art. 5 secondo le modalità di cui all'art. 7.

Art. 5- Ambiti di collaborazione

I principali possibili ambiti di collaborazione tra le parti includono:

tra organizzazioni, cittadini e reti tecno-comunicative, ISIG, Trim. di Sociologia Internazionale, Gorizia, 2006/2007 -Donati P, Le basi della Community care, Centro Studi Erickson, Trento, 2000

Il progetto CrossCare 2.0 è co-finanziato dall'Unione europea nell'ambito del Programma Interreg VI-A Italia-Slovenia.

Projekt CrossCare 2.0 sofinancira Evropska unija v okviru Programa Interreg VI-A Italija-Slovenija.

a. Assistenza e Supporto:

- Sviluppo di azioni di supporto ai servizi domiciliari integrati per le persone anziane.
- Implementazione di programmi di assistenza continuativa che permettano agli anziani di vivere in modo autonomo e sicuro nelle proprie abitazioni.

b. Trasporto sociale:

- Omogeneizzazione degli attori e delle azioni relative al trasporto sociale sul territorio.

c. Abitare sociale:

- Sviluppo di progettualità per l'abitare sociale che prevedano luoghi di vita accessibili che prevengano l'isolamento involontario conservando entrambe le dimensioni di indipendenza e di comunità (co-housing).

d. Attività Culturali, Ricreative e Sociali:

- Organizzazione di attività ricreative, culturali e sociali che favoriscano la partecipazione attiva degli anziani, prevenendo l'isolamento e promuovendo il benessere psicofisico.
- Creazione di spazi di incontro comunitario dove gli anziani possano socializzare, condividere esperienze e partecipare a iniziative di interesse comune.

e. Formazione e Informazione:

- Organizzazione di programmi di formazione trasversali per i volontari, volti a migliorare le competenze nella cura e assistenza degli anziani.
- Sviluppo di campagne di promozione del volontariato.
- Creazione di campagne informative rivolte alla comunità per sensibilizzare sui temi dell'invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazionale.

f. Ricerca e Innovazione:

- Promozione di progetti di ricerca per studiare nuove soluzioni tecnologiche e metodologiche che migliorino la qualità della vita degli anziani.
- Sperimentazione di modelli innovativi di intervento che possano essere replicati e adattati in diversi contesti del territorio transfrontaliero.

Art. 6- Impegni delle parti

I firmatari dell'intesa riconoscono l'importanza di mettere in campo azioni concrete per migliorare la qualità della vita delle persone anziane e si impegnano a:

- a) Collaborare alla mappatura di bisogni e risorse del territorio;
- b) Contribuire con risorse, competenze e idee allo sviluppo di programmi e servizi innovativi per il benessere degli anziani;
- c) Realizzare azioni negli ambiti di intervento di cui all'articolo precedente;
- d) Collaborare attivamente all'interno della rete per garantire assistenza e supporto continuativo alle persone anziane fragili;

Il progetto CrossCare 2.0 è co-finanziato dall'Unione europea nell'ambito del Programma Interreg VI-A Italia-Slovenia.

Projekt CrossCare 2.0 sofinancira Evropska unija v okviru Programa Interreg VI-A Italija-Slovenija.

- e) Coinvolgere e sensibilizzare un numero di cittadini il più ampio possibile, favorendo a tale scopo la diffusione, la divulgazione e la realizzazione delle varie progettualità anche attraverso forme di partecipazione e di volontariato;
- f) Facilitare la collaborazione tra servizi pubblici, enti del terzo settore e cittadini per creare un tessuto sociale solidale e integrato.

Art. 7 - Modalità di attuazione

A seguito della sottoscrizione dell'intesa, entro tempistiche che tengano conto delle rispettive esigenze e necessità, le Parti si incontreranno per definire il programma di dettaglio delle azioni relative all'art. 6 e la creazione di un tavolo di confronto per implementare e monitorare il protocollo.

Ciascun soggetto firmatario è tenuto ad individuare all'interno della propria organizzazione un referente che parteciperà al tavolo dandone comunicazione al settore servizi sociali del Comune ... tramite PEC ...;

I soggetti firmatari che intendano intraprendere azioni di cui all'art. 6 in linea con finalità, obiettivi e ambiti di applicazione dell'intesa devono darne comunicazione alla rete tramite apposito modulo (allegato 1) da inviare via PEC a ...

I soggetti firmatari si impegnano ad operare annualmente una verifica dell'attuazione dell'intesa e a promuovere il superamento degli ostacoli che si frappongono alla sua applicazione

Art.8 - Durata e modifiche

Il presente protocollo ha una durata di 3 anni e potrà essere rinnovato previo accordo tra le parti.

Art. 9 – Privacy

Nello svolgimento delle attività di cui al presente Accordo, le Parti si impegnano ad osservare la normativa in materia di protezione dei dati personali tempo per tempo vigente."

Art. 10 — Controversie

Le parti concordano di definire bonariamente qualsiasi vertenza che possa nascere dall'interpretazione del presente atto, fermo restando che in caso dovesse nascere controversia dall'esecuzione del presente accordo, è competente a decidere il Foro di

****Firme****

MODULO DI COMUNICAZIONE ATTIVITÀ IN ATTUAZIONE DEL PATTO DI COMUNITÀ PER LA RETE DEL COMUNE DI....

Il sottoscritto (Cognome e nome) _____
nato a _____ il ____/____/_____
Codice fiscale _____

in qualità di rappresentante legale
Dell'Ente _____ Codice fiscale _____
Con Sede Legale in _____ Pr. _____

Comunica

a tutti i sottoscrittori del patto di comunità per la rete “...” del comune di ..., che è sua intenzione partecipare alla realizzazione degli obiettivi del patto attraverso la realizzazione della seguente azione:

TITOLO	
TIPOLOGIA DI AZIONE	• Occasionale • Continuativa
AMBITO DI INTERVENTO	• Assistenza e Supporto • Trasporto sociale • Abitare sociale • Attività Culturali, Ricreative e Sociali • Formazione e Informazione • Ricerca e Innovazione
DESCRIZIONE ILLUSTRATIVA DELL'INTERVENTO E SUE MOTIVAZIONI E OBIETTIVI	
DESTINATARI	
RISORSE UMANE, STRUMENTALI ED ECONOMICHE MESSE A DISPOSIZIONE	

TEMPI DI REALIZZAZIONE	
COINVOLGIMENTO DI ALTRI SOGGETTI NELLA REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO	

(Luogo e data)

(firma per esteso e leggibile)

16/12/2024

Smernice za izvedbo skupnostnih sporazumov

CrossCare 2.0 – Skupne
integrirane strategije za
kapitalizacijo CrossCare modela

Izdelek, ki ga
izdelal

Sinodé

Povzetek

Uvod 2

1. Skupnost in aktivno državljanstvo	3
1.1. Načelo horizontalne subsidijarnosti	4
1.2. Predpis o skupnem upravljanju skupnih dobrin in sporazumi o sodelovanju/subsidiarnosti	6
1.3. Skupnostni sporazumi in protokoli o soglasju	7
2. Postopek aktiviranja skupnosti	8
2.1. Delo upravitelja skupnostne oskrbe	8
2.2. Identifikacija zainteresiranih strani	9
2.3. Vključevanje zainteresiranih strani	10
2.4. Gradnja omrežja	11
3. Izvedba skupnostnih sporazumov	12
3.1. FAZA 1: Srečanja z lokalnimi institucijami	13
3.2. FAZA 2: Srečanja za aktivacijo skupnosti	14
Prvo srečanje: analiza potreb	15
Drugo srečanje: kartografija virov	15
Ključne izzive pri vodenju teh srečanj bo predstavljala potreba po uravnoteženju različnih interesov in perspektiv udeležencev. To zahteva obvladovanje skupinskih dinamike, kar pomeni, da mora community care-manager uporabljati tehnike facilitacije, ki omogočajo enakovredno sodelovanje in vključevanje vseh mnenj ter vrednotenje vsakršnega prispevka.....	15
3.3. FAZA 3: Delovne skupine o skupnostnem sporazumu	16
Prva delovna skupina: "Opredelitev cilja in strukture omrežja"	16
Druga delovna skupina: "Oblikovanje končnega besedila"	16
4. Model skupnostnega sporazuma	17

Uvod

Te smernice predstavljajo kapitalizacijo dela, opravljenega v okviru delovnega sklopa 2 projekta Crosscare 2.0, inovativne pobude, ki je privedla do oblikovanja in podpisa šestih skupnostnih paktov, torej formalizacije sodelovanja med institucionalnimi akterji in civilno družbo z namenom izboljšanja kakovosti življenja starejših. Na podlagi izkušenj, pridobljenih na območjih Trsta, Portogruara, Sacila, Caorleja v Italiji in Grosupljega v Sloveniji, je ta dokument zasnovan kot praktični in teoretični vodnik za vse, ki želijo začeti procese skupnostne aktivacije, s posebnim poudarkom na skupnostih, prijaznih starejšim.

Struktura smernic je zasnovana tako, da ponuja celovit in postopen pristop, začeni s temeljnimi koncepti in nadaljuje s praktično izvedbo skupnostnih paktov.

V prvem delu bomo raziskali temeljne pojme skupnosti in aktivnega državljanstva ter analizirali, kako se ti prepletajo z načelom subsidiarnosti. Posebna pozornost bo namenjena primerjalni analizi, kako se ti koncepti odražajo v italijanskem, slovenskem in evropskem kontekstu, s čimer bo ponujen transnacionalni pogled, ki je bistven za sodelovalne projekte, kot je Crosscare 2.0. Nato se bomo osredotočili na eno ključnih orodij, razvitih v okviru italijanske zakonodaje za uresničevanje načela subsidiarnosti: uredbo o skupnem upravljanju skupnih dobrin ter z njo povezane dogovore o sodelovanju/subsidiarnosti. To orodje bo podrobno preučeno, pri čemer bodo izpostavljene njegove možnosti za ustvarjanje vključujoče skupnosti.

Osrednji del smernic je namenjen vzpostavitvi skupnostnih paktov za generativno blaginjo. Opisani bodo operativni vidiki procesa skupnostne aktivacije v podporo starejšemu prebivalstvu. Začeli bomo z opredelitvijo ključne vloge care-managerja, ki olajšuje in usklajuje proces, nato pa bomo korak za korakom predstavili bistvene elemente, ki vodijo do podpisa skupnostnega pakta, pri čemer bomo poudarili pomen vključevanja in zavezanosti vseh deležnikov pri ustvarjanju bolj vključujočih skupnosti za starejše.

Na koncu bomo predstavili model skupnostnega pakta, ki je rezultat izkušenj, pridobljenih v projektu Crosscare 2.0. Pomembno je poudariti, da ta model ni tog predloga, temveč prilagodljiva osnova, ki se je različno oblikovala glede na specifičnosti in potrebe posameznih vključenih območij.

Te smernice si prizadevajo biti praktično in navdihujoče orodje za lokalne uprave, socialne delavce, organizacije tretjega sektorja in aktivne državljane, ki želijo sodelovati pri ustvarjanju bolj vključujočih in solidarnih skupnosti s posebnim poudarkom na potrebah in potencialih starejših oseb.

1. Skupnost in aktivno državljanstvo

Pojma skupnosti in aktivnega državljanstva predstavljata temeljni steber pri gradnji vključujoče družbe, kar je še posebej pomembno pri oblikovanju skupnosti, prijaznih starejšim. V tem kontekstu skupnost ni zgolj skupek posameznikov, ki si delijo geografski prostor, temveč živo in dinamično telo, v katerem lahko in mora vsak član, ne glede na starost, igrati aktivno vlogo pri izboljšanju kakovosti življenja starejših oseb.

Aktivno državljanstvo se nanaša predvsem na neposredno vključenost državljanov v javno življenje in pri sprejemanju odločitev, ki vplivajo na njihovo skupnost. Ta koncept ima svoje temelje v italijanski ustavi, natančneje v 118. členu, zadnjem odstavku, ki določa: „Država, dežele, metropolitanska mesta, pokrajine in občine spodbujajo avtonomne pobude državljanov, posameznikov in združenj pri izvajanju dejavnosti v splošnem interesu, v skladu z načelom subsidiarnosti.“ To ustavno načelo odpira pot inovativnim oblikam sodelovanja med državljani in institucijami, kar je še posebej pomembno pri soočanju z izzivi, povezanimi s staranjem prebivalstva.

Na evropski ravni je bil koncept aktivnega državljanstva močno podprt in promoviran skozi različne pobude in pravne dokumente, kar odraža zavezanost Evropske unije k okrepitvi demokratične participacije in opolnomočenju državljanov.

Lizbonska pogodba, ki je začela veljati leta 2009, je predstavljala pomemben prelom pri krepitvi vloge državljanov v Evropski uniji. Zlasti uvedba Evropske državljanske pobude (ICE) je pomenila inovativni korak k bolj participativni demokraciji na transnacionalni ravni. ICE omogoča milijonu državljanov iz vsaj četrtnine držav članic EU, da Evropsko komisijo pozovejo k predložitvi zakonodajnega predloga na področjih, ki so v njeni pristojnosti.

To orodje prinaša več pomembnih implikacij, kot so:

1. omogočiti državljanom neposredno orodje za vplivanje na politično agendo EU;
2. spodbujati evropski dialog in transnacionalno razpravo o temah skupnega interesa;
3. povečati ozaveščenost državljanov o mehanizmi odločanja v EU in evropskih političnih vprašanjih;
4. opozoriti EU na vprašanja, ki morda niso prednostna v okviru splošne politične agende;
5. okrepiti legitimnost EU z neposrednim vključevanjem državljanov v zakonodajni proces.

Od uvedbe Evropske državljanske pobude (ICE) je bilo sproženih veliko pobud na različnih področjih, od varstva okolja do človekovih pravic, kar dokazuje potencial tega orodja pri omogočanju glasu evropskim državljanom.

V kontekstu staranja prebivalstva ima aktivno državljanstvo še globlji pomen. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je aktivno staranje „proces optimizacije priložnosti na področju zdravja, sodelovanja in varnosti z namenom izboljšanja kakovosti življenja starejših oseb“. Ta pristop prepoznava starejše ne le kot prejemnike storitev, temveč kot dragocene vire za skupnost, ki lahko aktivno prispevajo k svojemu osebnemu in skupnemu blagostanju.

Poleg tega obstaja pomembna povezava med državljansko udeležbo in ohranjanjem zdravstvenega stanja pri starejših. Številne raziskave so pokazale pozitivne učinke aktivne participacije starejših v družbi. Na primer, študija, ki so jo izvedli Morrow-Howell et al. (2003), je pokazala, da je prostovoljstvo med starejšimi povezano z izboljšanjem fizičnega in duševnega zdravja ter večjim življenjskim zadovoljstvom. Podobno je raziskava Glassa et al. (1999) ugotovila, da imajo starejši, ki ostajajo visoko družbeno angažirani, bistveno nižje tveganje smrtnosti v primerjavi s tistimi, ki so manj družbeno aktivni.

V Italiji je koncept aktivnega državljanstva starejših dobil izraz v različnih lokalnih in nacionalnih pobudah. Pomemben primer je projekt „Zdrava mesta“, ki ga promovira WHO in k kateremu se je pridružilo veliko italijanskih mest z izvajanjem politik in ukrepov za ustvarjanje urbanih okolij, ki spodbujajo aktivno staranje. Te pobude vključujejo oblikovanje dostopnih javnih prostorov, spodbujanje medgeneracijskih dejavnosti ter vključevanje starejših v lokalne procese odločanja. Podobne pobude so sprejele tudi številne italijanske dežele, ki so razvile regionalne načrte za aktivno staranje.

Zaključno lahko rečemo, da koncepta skupnosti in aktivnega državljanstva, ko ju apliciramo na vprašanje staranja prebivalstva, predstavljata temeljni premik v paradigmi. Starejših ne dojemamo več kot „problem“, ki ga je treba obvladovati, temveč kot dragocen vir za družbo, ki lahko aktivno prispeva k skupnemu dobremu. Ta pristop ne izboljšuje le kakovosti življenja starejših, temveč obogati celotno skupnost, saj spodbuja družbeno povezanost, medgeneracijsko izmenjavo ter ustvarjanje bolj vključujočih in trajnostnih okolij za vse generacije.

1.1. Načelo horizontalne subsidiarnosti

Horizontalna subsidiarnost, ki ima svoje korenine v italijanski ustavi, temelji na ideji, da lahko državljani, tako posamezno kot v združenjih, aktivno prispevajo k skupnemu dobremu, s tem da dopolnjujejo – in v nekaterih primerih celo nadomeščajo – delovanje javnih institucij. Ta princip priznava, da državljani niso le pasivni prejemniki storitev, temveč aktivni subjekti, sposobni mobilizirati vire in kompetence za odzivanje na potrebe skupnosti.

V kontekstu skupnosti, prijaznih starejšim, horizontalna subsidiarnost pridobi poseben pomen. Omogoča namreč ovrednotenje izkušenj in sposobnosti starejših, s čimer jih prepoznava kot dragocene vire skupnosti in ne le kot prejemnike pomoči. Ta pristop spodbuja vzpostavljanje neformalnih podpornih mrež, razvoj storitev v bližini uporabnikov ter izvajanje medgeneracijskih pobud, kar prispeva k zmanjšanju socialne izolacije in izboljšanju kakovosti življenja starejših.

Uveljavljanje principa horizontalne subsidiarnosti se lahko odraža v različnih oblikah sodelovanja med javnimi institucijami in državljani, odvisno od vpletenih akterjev in konteksta. Za njeno učinkovito izvajanje je potreben premik v načinu delovanja javne uprave – ta mora iz pasivne vloge ponudnika storitev preiti v aktivno vlogo facilitatorja in promotorja državlanske pobude. To vključuje razvoj novih kompetenc, oblikovanje fleksibilnih organizacijskih struktur in sprejetje ustreznih pravnih instrumentov, kot so predpisi za skupno upravljanje skupnih dobrin.

Vendar pa uporaba tega principa prinaša tudi izzive. Ključno je zagotoviti, da horizontalna subsidiarnost ne vodi v umik javnih institucij, temveč v sinergijsko sodelovanje z državljani. Prav tako je pomembno, da pobude, ki temeljijo na tem principu, ostanejo vključujoče in ne povzročajo novih oblik neenakosti.

Na koncu lahko rečemo, da horizontalna subsidiarnost predstavlja dragocen konceptualni in operativni okvir za razvoj skupnosti, prijaznih starejšim. S spodbujanjem aktivne udeležbe, deljene odgovornosti in izkoriščanja lokalnih virov lahko pomembno prispeva k oblikovanju bolj vključujočih, solidarnih družb, ki so sposobne učinkovito odgovoriti na izzive staranja prebivalstva.

Slovenija sicer nima izrecne ustavne določbe o horizontalni subsidiarnosti, kot jo ima Italija, vendar ta princip prepozna in spodbuja skozi svojo zakonodajo:

Slovenska ustava, v 44. členu, zagotavlja pravico državljanov do neposrednega sodelovanja pri upravljanju javnih zadev.

Zakon o lokalni samoupravi (1993) vključuje elemente subsidiarnosti in spodbuja sodelovanje državljanov na lokalni ravni.

Program za razvoj prostovoljstva in nevladnega sektorja (2018), ki ga je sprejela slovenska vlada, krepi sodelovanje med javnim sektorjem in civilno družbo ter tako odraža principe horizontalne subsidiarnosti.

Na evropski ravni je princip subsidiarnosti dobro uveljavljen, čeprav se osredotoča predvsem na vertikalno subsidiarnost (med EU in državami članicami). Kljub temu obstajajo elementi, ki podpirajo tudi horizontalno subsidiarnost:

Pogodba o delovanju Evropske unije (PDEU), v 11. členu, spodbuja odprt, pregleden in reden dialog z reprezentativnimi združenji in civilno družbo.

Listina Evropske unije o temeljnih pravicah, v 25. členu, priznava pravico starejših do sodelovanja v družbenem in kulturnem življenju, kar podpira koncept horizontalne subsidiarnosti.

Evropski steber socialnih pravic, sprejet leta 2017, odraža princip horizontalne subsidiarnosti v svojem pristopu k socialni participaciji in aktivni vključenosti. Še posebej 18. načelo o dolgotrajni oskrbi poudarja pomen skupnostnih in domačih storitev, s čimer implicitno priznava vlogo civilne družbe in lokalnih skupnosti pri zagotavljanju oskrbe in podpore.

Evropski ekonomsko-socialni odbor je večkrat poudaril pomen horizontalne subsidiarnosti v svojih mnenjih in spodbujal aktivno vključenost civilne družbe.

Program „Evropa za državljane“ (2014–2020) in njegov naslednik „Državljeni, enakost, pravice in vrednote“ (2021–2027) spodbujata državljansko participacijo in participativno demokracijo, kar je v skladu s principi horizontalne subsidiarnosti.

Čeprav je eksplicitna formulacija načela horizontalne subsidiarnosti v italijanski ustavi precej edinstvena, so koncepti državljanske participacije, sodelovanja med institucijami in državljani ter spodbujanja pobud civilne družbe prisotni in promovirani tako v slovenski kot v evropski zakonodaji. To odraža skupno težnjo k bolj participativnemu in vključujočemu načinu upravljanja.

1.2. Predpis o skupnem upravljanju skupnih dobrin in sporazumi o sodelovanju/subsidiarnosti

Pravilnik o skupnem upravljanju skupnega dobra predstavlja inovativno orodje v italijanskem kontekstu, ki načelo horizontalne subsidiarnosti prenaša v prakso in zagotavlja normativni okvir za sodelovanje med državljani in javnimi upravami. To orodje, ki ga številne italijanske skupnosti uporabljajo od leta 2014, temelji na modelu, ki ga je razvila organizacija Labsus (Laboratorij za subsidiarnost), in spodbuja skrb ter prenovo skupnega urbanega dobrega z aktivno udeležbo državljanov.

Pravilnik opredeljuje skupno dobro kot materialne in nematerialne dobrine, ki jih državljani in uprava prepoznajo kot bistvene za uresničevanje temeljnih pravic posameznika, kolektivno blaginjo in interese prihodnjih generacij. Sem spadajo javni prostori, zelene površine, zapuščene stavbe, pa tudi nematerialne vrednote, kot sta družbena kohezija in kakovost življenja starejših oseb.

Osrednji operativni element pravilnika so dogovori o sodelovanju, ki so sporazumi med državljani in upravo, v katerih so opredeljeni cilji, trajanje, načini delovanja, vloge posameznih akterjev in razpoložljivi viri.

V kontekstu skupnosti, prijaznih starejšim osebam, ti dogovori ponujajo pomembne priložnosti. Omogočajo na primer vzpostavitev urbanih vrtov, ki jih upravljajo starejši, organizacijo medgeneracijskih dejavnosti v javnih prostorih ali skupno upravljanje prostorov za druženje in socialno vključevanje.

Uvajanje teh orodij zahteva kulturno spremembo znotraj uprav, ki morajo preiti od avtoritativnega k sodelovalnemu pristopu. To pomeni usposabljanje osebja, ustanovitev posebnih uradov in poenostavitev postopkov za olajšanje državljskih pobud.

Dogovori o sodelovanju so se izkazali za koristne na več ravneh: krepijo pripadnost skupnosti, vrednotijo kompetence državljanov, spodbujajo družbeno kohezijo ter omogočajo učinkovitejše in bolj vključujoče upravljanje skupnega dobrega. V primeru starejših te pobude ponujajo priložnosti za aktivno sodelovanje, preprečujejo socialno izolacijo in spodbujajo zdravo ter družbeno vključujoče staranje.

Skratka, pravilnik o skupnem upravljanju in dogovori o sodelovanju predstavljajo konkretna orodja za izvajanje načela horizontalne subsidiarnosti, saj ponujajo fleksibilen normativni okvir za sooblikovanje vključujoče skupnosti, ki je prilagojena starejšim in temelji na konceptu aktivnega državljanstva.

1.3. Skupnostni sporazumi in protokoli o soglasju

V primeru izkušnje projekta Crosscare 2.0 so Pakti skupnosti, ki bodo zdaj predstavljeni in predstavljajo končni cilj procesa, opisanega v teh smernicah, razviti znotraj okvira protokolov soglasja, ne pa znotraj pravilnika za skupno upravljanje skupnega premoženja. Sprejetje pravilnika vključuje administrativni postopek z srednje- do dolgoročnimi roki in zahteva politično zavezanost za odobritev s strani občinskega sveta. Omejeni časovni okviri za izvajanje so zato pripeljali do odločitve, da se sprejme protokol soglasja.

Protokol soglasja predstavlja bolj prilagodljivo in manj zavezujoče pravno orodje za lokalne oblasti, ki zahteva le odobritev občinskega odbora. To ne izključuje možnosti, da se razvoj paktov skupnosti, predstavljenih tukaj, v prihodnosti uresniči v obliki pravilnika za skupno upravljanje skupnega premoženja, ki bi imel prednost, saj bi bolje izpostavil tudi prispevek posameznih državljanov in/ali neformalnih skupin državljanov, kar je omejitev drugih trenutno na voljo orodij.

Protokol soglasja je pravno-administrativno orodje, ki se pogosto uporablja v italijanski javni upravi. Gre za predhodni dogovor med dvema ali več stranema, javnimi ali zasebnimi, ki določa skupno smer ali soglasje o specifičnih ciljih. Za razliko od pogodb ali konvencij protokol soglasja običajno ni zavezujoč, vendar izraža moralno zavezanost strani k sodelovanju pri doseganju vnaprej določenih ciljev. To orodje ponuja potrebno prilagodljivost za prilagoditev v spreminjajočih se kontekstih in omogoča vključevanje različnih akterjev z različnimi pravnimi statusi.

V kontekstu **paktov skupnosti** protokol soglasja omogoča formalizacijo medsebojnih zavez brez naložitve strožjih pravnih obveznosti, kar olajša vključevanje širokega spektra deležnikov. Poleg tega njegova **nezavezujoča narava omogoča spreminjanje in prilagajanje dogovorov skozi čas**, da se odzovejo na spreminjajoče se potrebe skupnosti.

Pakt skupnosti je torej **dogovor mreže**, svobodno sklenjen sporazum med **državljeni (posamezniki in združenji), občinsko upravo, storitvami in organizacijami civilne družbe**, s ciljem ustvariti sodelovanja, namenjena spodbujanju skupnega interesa z **skupnim prevzemanjem odgovornosti za skupnost**, predvsem pa za starejše.

Na podlagi skupnega modela lahko vsak teritorij med delovnimi srečanji za **pakte skupnosti** (glej odstavek 3.3) prilagodi protokol svoji specifični realnosti, ob upoštevanju teritorialnih posebnosti, vključenih deležnikov, ter **kartiranja potrebščin, tveganj, ranljivosti in skupnostnih virov**.

2. Postopek aktiviranja skupnosti

Preden se poglobimo v podrobnosti postopka aktivacije skupnosti, ki bo privedel do participativnega procesa pisanja paktov skupnosti, je ključno predstaviti vlogo care-managerja in njegovo evolucijo v okviru projekta Crosscare 2.0. Ta uvod nam bo pomagal bolje razumeti njegovo ključno vlogo v procesu, ki vodi do podpisa paktov skupnosti.

V okviru Crosscare 2.0 je care-manager oseba, ki v različnih fazah projekta deluje kot most med starejšo osebo in sistemom storitev. Znotraj work package 2 "Realizacija Paktov skupnosti za generativno socialno varnost" se care-manager razširi na širši pomen in transformira v tisto, kar bi lahko poimenovali "community care-manager". Ta evolucija pomeni pomemben prehod: od osredotočanja na individualno nego starejše osebe k bolj celostnemu pristopu k skrbi za celotno skupnost

2.1. Delo upravitelja skupnostne oskrbe

Community care-manager deluje kot katalizator in facilitator kompleksnega procesa. Njegov glavni cilj je spodbujati in usmerjati kulturne spremembe znotraj skupnosti, pri čemer spodbuja prevzemanje večje kolektivne odgovornosti za kakovost življenja v skupnosti in, v primeru projekta CrossCare 2.0, za starejše osebe znotraj skupnosti. Ta pristop priznava starejše osebe ne le kot prejemnike oskrbe, temveč kot integralen in dragocen del skupnostnega tkiva.

Community care-manager ni nujno socialni delavec, vendar mora biti socialni delavec, ki ima multidisciplinarne veščine, kot so vodenje delovnih skupin, skupnostno načrtovanje, mediacija, upravljanje projektov, sposobnost razumevanja kompleksnosti, empatična komunikacija, sposobnost aktivnega poslušanja, prilagodljivost in odpornost. Le funzioni principali del community care-manager sono:

1. omogočiti ustvarjanje podpornih omrežij znotraj skupnosti;
2. spodbujati sodelovanje med različnimi deležniki;
3. spodbujati aktivno sodelovanje starejših v skupnostnem življenju;
4. voditi proces soustvarjanja skupnostnih paktov.

S temi dejanji **community care-manager** si prizadeva zgraditi bolj vključujočo, odpornejšo in pozorno skupnost, ki bo skrbela za potrebe vseh svojih članov, s posebnim poudarkom na starejši populaciji. Njegova vloga je ključna pri spreminjanju abstraktnega koncepta „skupnosti prijazne do starejših“ v konkretno in trajnostno resničnost.

Delo **community care-managerja** lahko izhaja iz različnih metodoloških pristopov, ki so priznani v literaturi, kot so:

1. **Asset-Based Community Development (ABCD)**: ta pristop se osredotoča na prepoznavanje in mobilizacijo obstoječih virov v skupnosti, namesto da bi se osredotočal na pomanjkljivosti. **Care-manager** uporablja ABCD za vrednotenje veščin, izkušenj in sposobnosti starejših in drugih članov skupnosti (Kretzmann & McKnight, 1993).
2. **Participatory Action Research (PAR)**: ta metodologija aktivno vključuje člane skupnosti v proces raziskovanja in akcije. **Care-manager** uporablja načela PAR, da zagotovi, da so glasovi starejših in drugih deležnikov osrednji v procesu odločanja in načrtovanju pobud (Reason & Bradbury, 2008).

V nadaljevanju bodo predstavljene metodologije, ki jih lahko **community care-manager** sprejme za prepoznavanje deležnikov, njihovo vključevanje in gradnjo teritorialne mreže. Poudariti je treba, da so naslednje strani osredotočene na glavni cilj projekta: starejšo populacijo.

2.2. Identifikacija zainteresiranih strani

Za prepoznavanje glavnih deležnikov, ki jih je treba vključiti v postopek aktivacije skupnosti, ima **community care-manager** na voljo različna orodja, zlasti kartiranje deležnikov in analizo omrežja, katerih kratka karakterizacija sledi.

1. Kartiranje deležnikov (Bryson, 2004)

Kartiranje deležnikov je bistveno orodje za **community care-managerja** v procesu aktivacije skupnosti. Ta tehnika omogoča prepoznavanje, analizo in vizualizacijo vseh ključnih akterjev, vključenih ali potencialno zainteresiranih za projekt ustvarjanja skupnosti prijazne do starejših oseb.

Postopek kartiranja običajno vključuje:

- prepoznavanje vseh potencialnih deležnikov;
- analiza njihovega interesa in vpliva;
- kategorizacija glede na njihov pomen in vlogo;
- vizualizacija odnosov med različnimi deležniki.

Kartiranje pomaga **community care-managerju** pri:

- razumevanju dinamike moči znotraj skupnosti;
- prepoznavanju potencialnih zaveznikov in nasprotnikov;
- načrtovanju ciljanih strategij za vključevanje;
- obvladovanju pričakovanj in morebitnih konfliktov.

2. Analiza omrežja

Analiza omrežja je močno orodje, ki ga lahko **care-manager** uporablja za razumevanje in vizualizacijo odnosov znotraj skupnosti. Ta tehnika omogoča kartiranje povezav med posamezniki, skupinami in organizacijami ter prepoznavanje ključnih vozlišč, mostov in morebitnih vrzeli v skupnostnem omrežju. Z analizo metrik, kot sta centralnost in gostota, lahko **care-manager** prepozna ključne akterje in obstoječe strukture komunikacije, s čimer

olajša ciljne posege za krepitev socialne kohezije in izboljšanje pretoka informacij in virov (Wasserman & Faust, 1994).

Ta dva orodja, uporabljena v sinergiji, **care-managerju** zagotavljata celovit in pozitiven pristop k aktivaciji in razvoju skupnosti, prijazne do starejših oseb, kar omogoča poglobljeno razumevanje konteksta, natančno oceno pripravljenosti skupnosti in konstruktiven pristop k spremembam.

2.3. Vključevanje zainteresiranih strani

Za vključevanje deležnikov je za **community care-managerja** pomembno uporabljati komunikacijo, ki vključuje več kanalov in ciljne skupine, kar je ključnega pomena za učinkovito dosego vseh segmentov skupnosti. Ta pristop vključuje integrirano uporabo različnih komunikacijskih kanalov (kot so družbeni mediji, lokalni tisk, srečanja v živo) in prilagoditev sporočil za specifične ciljne skupine. Dobro zasnovana komunikacijska strategija lahko poveča ozaveščenost, spodbuja sodelovanje in olajša aktivno vključevanje različnih slojev prebivalstva, vključno s starejšimi, pri ustvarjanju bolj vključujoče skupnosti (Kotler & Lee, 2008).

V procesu aktivacije skupnosti se lahko zgodi, da začetna raven vključevanja ni optimalna. Kljub temu je ključno ohranjanje visok nivo vključevanja vseh deležnikov, vključno s tistimi, ki sprva niso aktivno sodelovali na srečanjih ali sestankih. Ta inkluzivni pristop lahko spodbuja njihovo vključitev skozi celoten postopek. Spodaj so predstavljene nekatere strategije za ohranjanje in povečanje vključevanja deležnikov:

1. **Konsistentna komunikacija:** Pošiljanje podrobnih poročil o srečanjih vsem deležnikom, tudi tistim, ki niso sodelovali. To jih obvešča o napredku in sprejetih odločitvah.
2. **Personalizirani stiki:** Redno telefonsko stikanje ali organizacija individualnih srečanj za vsak posamezen stik. Ta personaliziran pristop lahko pomaga razumeti njihove specifične potrebe in skrbi.
3. **Izkoristiti obstoječo mrežo:** Spodbujati že vključene deležnike, da delujejo kot ambasadorji, in jih prositi, da dosežejo in vključijo dodatne pomembne akterje.
4. **Neprestano kartiranje:** Med srečanji redno raziskovati, kdo drug bi ga bilo potrebno vključiti. Dodeliti nalogo udeležencem, da stopijo v stik z morebitnimi novimi deležniki.
5. **Prilagodljivost v načinih sodelovanja:** Ponuditi različne možnosti za sodelovanje, kot je sodelovanje na daljavo, organizacija srečanj ob različnih časih dneva ali možnost zagotavljanja prispevkov v pisni obliki, da bi se prilagodili različnim potrebam in razpoložljivosti.
6. **Poudarjanje prispevkov:** Prepoznavanje in cenjenje vseh oblik sodelovanja, tudi če niso stalne ali neposredne, da bi spodbudili kontinuirano vključevanje.

7. **Redna posodobitev:** Zagotavljanje periodičnih posodobitev o napredku projekta vsem deležnikom in poudarjanje vpliva njihovega vključevanja.

Vztrajnost, prilagodljivost in personalizirana pozornost so ključni za gradnjo in ohranjanje aktivne in participativne skupnosti, pri čemer je vedno pomembno, da se zavedamo, da je vključevanje dinamičen proces, ki se hrani v relacijskem dimenziji.

2.4. Gradnja omrežja

Izgradnja učinkovite skupnostne mreže je kompleksen in dinamičen proces, ki zahteva čas, ustrezne vire in stalno angažiranost. Ta proces je ključnega pomena za ustvarjanje skupnosti, prijaznih do starejših oseb, in ne more biti izveden brez aktivnega vključevanja in identifikacije različnih deležnikov kot ključnih vozlišč v mreži.

Community care-manager prevzema ključno vlogo facilitatorja v tem procesu. Njegova glavna naloga je ustvariti optimalne pogoje, da lahko različna vozlišča v mreži:

1. prepoznajo sebe kot del povezanega sistema;
2. kolektivno predstavljajo potencial mreže;
3. skupaj definirajo skupne cilje, konkretne akcije in najbolj primeren organizacijski okvir za mrežo.

Ključne faze v procesu izgradnje mreže so naslednje:

1. **Ustvarjanje priložnosti za srečanja:** organizirati dogodke, delavnice in srečanja, ki omogočijo deležnikom, da se spoznajo in začnejo sodelovati.
2. **Facilitacija dialoga:** voditi strukturirane pogovore, da udeležencem pomaga pri iskanju skupnih ciljev in področij sinergije.
3. **Sodelavno oblikovanje strukture mreže:** aktivno vključiti deležnike v definiranje načinov delovanja, komunikacijskih kanalov in odločanje znotraj mreže.
4. **Izvajanje pilotnih projektov:** začeti konkretne kratkoročne iniciative, ki bodo dokazale vrednost sodelovanja in gradile zaupanje med člani mreže.
5. **Stalno spremljanje in ocenjevanje:** vzpostaviti sisteme za spremljanje napredka, prepoznavanje izzivov in prilagajanje strategij po potrebi.
6. **Razvoj kapacitet:** nuditi usposabljanje in podporo za krepitev veščin članov mreže na ključnih področjih, kot so komunikacija, skupno vodenje in upravljanje s konflikti.

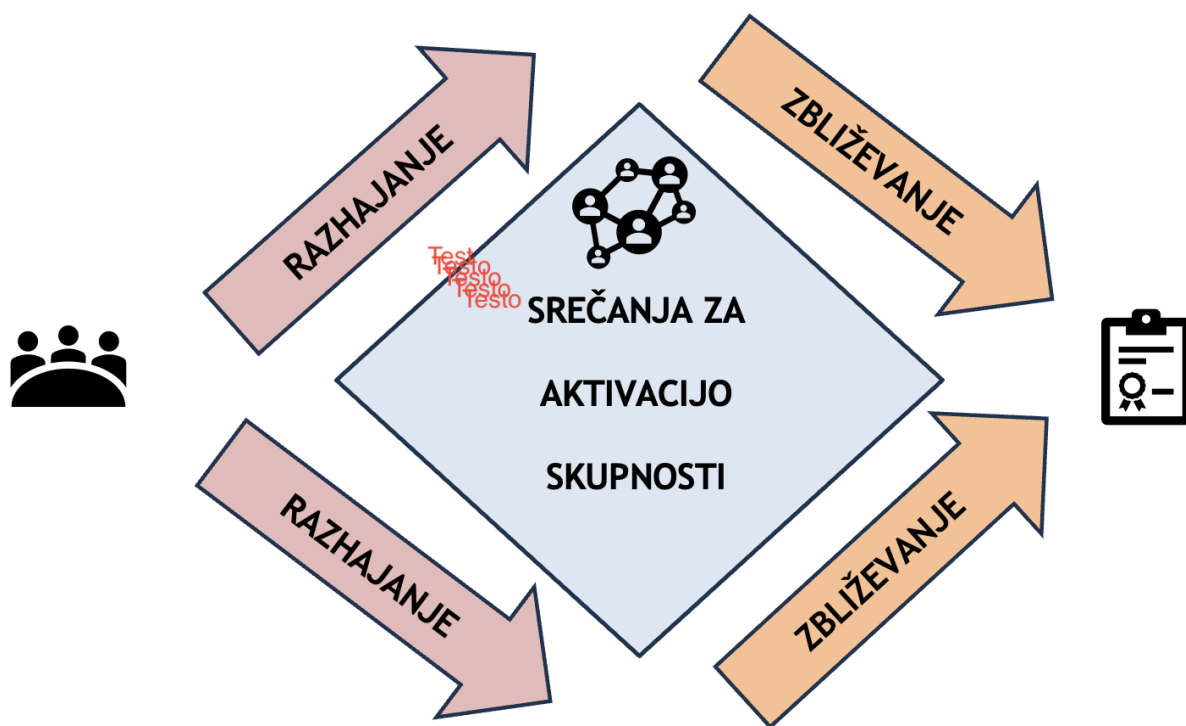
Za zaključek je vloga **community care-managerja** ključnega pomena za uspeh procesov skupnostne aktivacije. Njegova sposobnost, da integrira različne metodologije, obvladuje relacijske kompleksnosti in olajša sodelovanje med različnimi akterji, je ključna za ustvarjanje plodnega terena, v katerem lahko vzniknejo izkušnje aktivnega državljanstva.

3. Izvedba skupnostnih sporazumov

Po tem, ko smo opisali ključno vlogo **community care-managerja** v procesu aktiviranja skupnosti, predstavljamo strukturiran postopek, ki si prizadeva za pripravo in podpis skupnostnih paktov. Ta postopek je razdeljen v tri ločene faze, vsaka od njih pa je ključna za izgradnjo trdne osnove sodelovanja in skupne angažiranosti.

Postopek se razvija po logiki širjenja in nato konvergence:

- **FAZA 1: Srečanja z lokalnimi institucijami**
- **FAZA 2: Srečanja za aktivacijo skupnosti**
- **FAZA 3: Delavnice za pripravo skupnostnega pakta**



Ta metodološki pristop izhaja iz dialoga in soočenja z ključnimi institucionalnimi akterji, nato pa se širi, da vključuje širši spekter skupnostnih akterjev. Faza širjenja vključuje aktivno vključevanje prebivalstva, tako kot posamezniki kot tudi kot združeni subjekti. Na koncu postopek znova konvergira proti skupnemu in konkretnemu cilju: pripravi skupnostnega pakta.

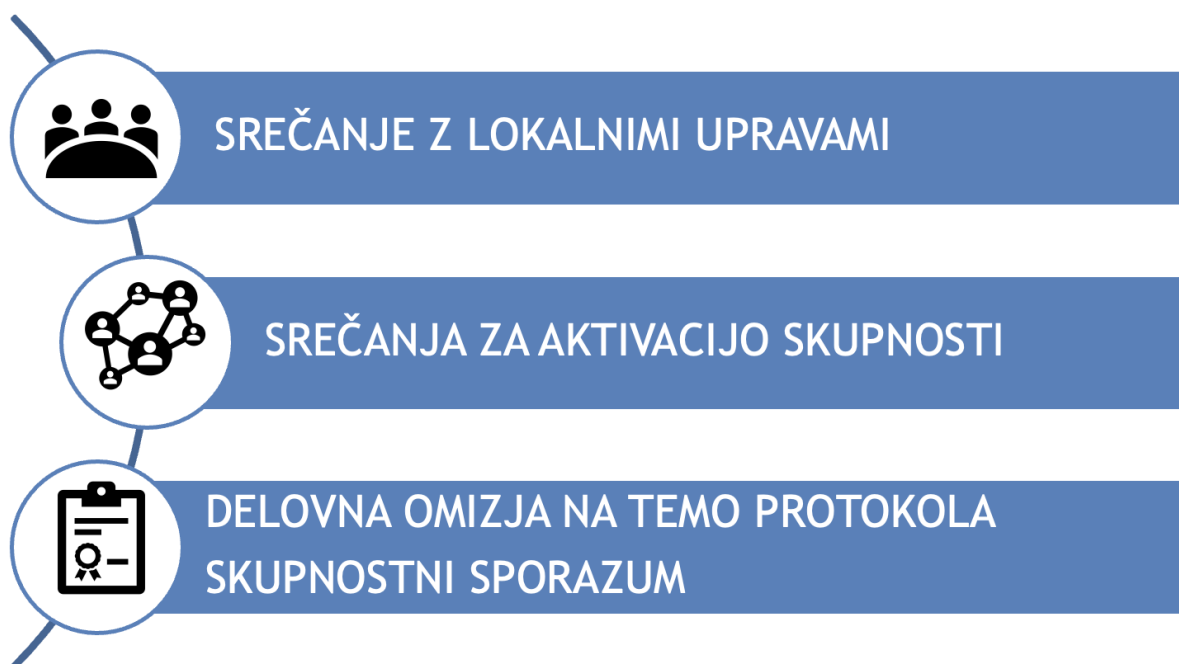
Ta struktura omogoča:

Il progetto CrossCare 2.0 è co-finanziato dall'Unione europea nell'ambito del Programma Interreg VI-A Italia-Slovenia.

Projekt CrossCare 2.0 sofinancira Evropska unija v okviru Programa Interreg VI-A Italija-Slovenija.

- zagotovitev potrebne institucionalne podpore;
- širitev baze sodelovanja in vključevanja;
- kapitalizacijo različnih perspektiv in virov skupnosti;
- ustvarjanje občutka skupne lastnine nad procesom in rezultati.

V naslednjih razdelkih bomo podrobno preučili vsako fazo, ki bo vsebovala praktična priporočila za njihovo učinkovito izvedbo.



3.1. FAZA 1: Srečanja z lokalnimi institucijami

Vključevanje lokalnih institucij predstavlja temeljno izhodišče za proces aktiviranja skupnosti. Ti začetni sestanki so ključni za zagotovitev institucionalne podpore in potrebnega političnega zavezanosti ter za formalizacijo sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem, v skladu s prej omenjenim načelom subsidiarnosti.

Community care-manager, ki izkorišča svojo poglobljeno poznavanje lokalnega konteksta, ima nalogo identificirati in vključiti najbolj pomembne institucije. Čeprav je prisotnost občinske uprave nepogrešljiva, to ne pomeni, da mora proces nujno izhajati prav od te institucije. Druge institucije se lahko spreminjajo glede na specifičnosti posameznega območja. Te lahko vključujejo:

- lokalno socialno-zdravstveno podjetje;
- občine in/ali socialni teritorialni centri;

Il progetto CrossCare 2.0 è co-finanziato dall'Unione europea nell'ambito del Programma Interreg VI-A Italia-Slovenia.

Projekt CrossCare 2.0 sofinancira Evropska unija v okviru Programa Interreg VI-A Italija-Slovenija.

- institucionalne, polinstitucionalne in domače storitve za starejše osebe;
- regionalne institucije za stanovanjsko gradnjo;
- regionalne pristojne strukture;
- univerze in raziskovalni inštituti;
- druge institucije, ki jih community care-manager šteje za strateške.

Cilji srečanj so:

- **Predstavitev poti:** podrobno predstaviti faze in cilje procesa aktiviranja skupnosti.
- **Institucionalno angažiranje:** spodbuditi interes in zavezanost institucij k procesu.
- **Napoved cilja:** pojasniti, da je cilj poti podpis pogodbe o skupnosti.
- **Poudariti koristi:** izpostaviti možnosti za bolj strukturirana sodelovanja s prebivalstvom in koristi za vse vključene strani.

Fleksibilnost je ključna pri organizaciji teh srečanj. Community care-manager mora prilagoditi pristop specifičnostim in željam posameznih institucij. Možnosti vključujejo:

- **Formalni dogodki:** strukturirani sestanki z natančnimi predstavitvami in vodenimi razpravami.
- **Neformalni pogovori:** bolj sproščeni pogovori, ki omogočajo bolj svobodno in zaupno izmenjavo idej.
- **Integracija v obstoječe dogodke/dejavnosti:** izkoristiti že načrtovane sestanke za predstavitev projekta in začetek dialoga.

Za zagotavljanje dosege zastavljenih ciljev je pomembno osredotočiti se na pripravo srečanj, zbiranje podrobnih informacij o vsaki instituciji in prilagoditev pristopa, pripravo jasnih in jedrnatih dokumentov, ki predstavljajo projekt in njegove koristi. Prav tako je pomembno sprejeti aktivno poslušanje, ki vključuje odprtost do skrbi in idej institucij ter zbiranje dragocenih prispevkov za prilagoditev procesa lokalnim potrebam.

Po srečanju se bo community care-manager poskrbel, da bo ohranil stik z institucijami, jim zagotavljal redna obvestila ter si prizadeval za povečanje vključenosti institucionalnih deležnikov v proces ustvarjanja paktov skupnosti.

3.2. FAZA 2: Srečanja za aktivacijo skupnosti

Po vzpostavitvi trdnih stikov s teritorialnimi deležniki je ključno ohraniti njihovo angažiranost in vključiti jih v proces aktiviranja skupnosti, ki poteka skozi dve ključni srečanji, vsako z določenimi cilji in jasno strukturo.

Prvo srečanje: analiza potreb

Cilj: spodbuditi razmislek o potrebah in virih skupnosti v povezavi z starostniki. **Struktura:**

1. **Ice-breaking in medsebojno spoznavanje:** aktivnosti za ustvarjanje prijetnega vzdušja in spodbujanje povezovanja med udeleženci.
2. **Predstavitev poti:** jasno predstavitev ciljev in namenov procesa aktiviranja.
3. **Skupna kartografija potreb:** interaktivna vaja za prepoznavanje potreb in ranljivosti starejših oseb ter vrzeli v obstoječem sistemu storitev.
4. **Skupna sinteza:** povzetek in razprava o ključnih točkah, ki so se pojavile.
5. **Naloga za sodelovanje:** dodelitev konkretne naloge za ohranitev angažiranosti med srečanji.

Drugo srečanje: kartografija virov

Cilj: prepoznati in valorizirati vire, ki so na voljo starostnikom v skupnosti. **Struktura:**

1. **Ice-breaking in sprejem:** kratka aktivnost za ponovno povezovanje udeležencev in vključitev novih članov.
2. **Povzetek prvega srečanja:** sinteza potreb, tveganj in ranljivosti, ki so bile prej identificirane.
3. **Kartografija virov:** sodelovalna vaja za prepoznavanje obstoječih in potencialnih virov, ki so na voljo starostnikom in sistemu storitev.
4. **Sinteza in razprava:** kolektivna analiza kartiranih virov in njihovih potencialov.
5. **Predstavitev naslednje faze:** predstavitev naslednjih korakov poti, s poudarkom na delovnih skupinah.

Ključne izzive pri vodenju teh srečanj bo predstavljala potreba po uravnoteženju različnih interesov in perspektiv udeležencev. To zahteva obvladovanje skupinskih dinamike, kar pomeni, da mora community care-manager uporabljati tehnike facilitacije, ki omogočajo enakovredno sodelovanje in vključevanje vseh mnenj ter vrednotenje vsakega prispevka.

Za uspešno izvedbo teh srečanj je ključnega pomena, da community care-manager upošteva nekaj ključnih premis, ki lahko pomembno vplivajo na izid teh pomembnih srečanj:

1. **Obvladovanje dinamike moči:**
 - o uporaba facilitacijskih tehnik, ki zagotavljajo enako sodelovanje;
 - o izmenjava med manjšimi skupinami in plenarnimi seji za omogočanje, da vsakdo dobi priložnost za izražanje;
 - o implementacija osnovnih pravil, ki spodbujajo medsebojno spoštovanje in poslušanje.
2. **Ohranjanje dolgoročne angažiranosti:**
 - o poudarjanje napredka in konkretnih dosežkov po vsakem srečanju;
 - o ustvarjanje sistema stalne komunikacije med srečanji (npr. novice, WhatsApp skupina);
 - o dodelitev specifičnih vlog in odgovornosti udeležencem, da povečamo občutek pripadnosti.
3. **Integracija novih članov:**
 - o zagotoviti posodobitve in usklajevanje na začetku vsakega srečanja.

4. **Fleksibilnost in prilagodljivost:**

- biti pripravljen na spremembo agende glede na potrebe, ki se pojavijo v skupini;
- omogočiti različne oblike sodelovanja (osebno, preko spleta, mešano), da se zagotovi vključitev vseh.

Ta srečanja so ključna za izgradnjo trdne baze skupnega znanja in za ustvarjanje občutka skupnosti med udeleženci, kar bo postavilo temelje za nadaljnjo fazo soustvarjanja pogodbe o skupnosti.

3.3. FAZA 3: Delovne skupine o skupnostnem sporazumu

Po fazi aktiviranja skupnosti, ki je vključila različne deležnike v proces kartiranja potreb, tveganj, ranljivosti in virov na terenu, prehajamo v fazo opredelitve **Paktov o skupnosti**. Ta ključna faza je sestavljena iz dveh strukturiranih srečanj, imenovanih "delovne skupine", katerih cilj je določiti namen pakta in oblikovati njegov besedilo.

Prva delovna skupina: "Opredelitev cilja in strukture omrežja"

Cilj: deliti in določiti osredotočenost pakta, torej ustanovitev omrežja sodelovalnih subjektov za izboljšanje kakovosti življenja starejših oseb. **Metodologija:**

1. **Osebno razmišljanje:** udeležencem se zagotovi trenutek osebnega razmisleka, temelječega na spodbudnih vprašanjih:
 - Zakaj je omrežje skupnosti nujno potrebno? Katere potrebe bi lahko zadostilo?
 - Katere konkretne ukrepe bi lahko izvedli člani omrežja?
 - Katera struktura upravljanja bi bila najučinkovitejša?
 - Kako naj omrežje deluje v praktičnem smislu?
2. **Skupinska razprava:** spodbujanje vključujoče delitve razmišljanj in zagotavljanje, da ima vsak udeleženec priložnost izraziti svojo vizijo.
3. **Predstavitev formata:** predstavitev modela Pakta o skupnosti (glej poglavje 4), razlaga strukture in ciljev.
4. **Naloga za naslednje srečanje:** dodelitev naloge udeležencem, da format delijo in razpravljajo v svojih organizacijah.

Druga delovna skupina: "Oblikovanje končnega besedila"

Cilj: doseči skupno besedilo Pakta o skupnosti, ki ga bodo podpisali vsi vključeni subjekti.

Metodologija:

1. **Skupna revizija:** pregled formata pakta, vključevanje opažanj in povratnih informacij, zbranih od različnih vključenih organov/organizacij.
2. **Prilagoditev lokalnemu kontekstu:** sprememba besedila, da odraža teritorialne posebnosti, prepoznane potrebe in ranljivosti ter razpoložljive vire.

3. **Prepoznavanje kritičnih točk:** razprava o morebitnih ovirah ali nesoglasjih ter njihovo reševanje.
4. **Finalizacija besedila:** dosego soglasja o končnem vsebini pakta.
5. **Načrtovanje podpisa:** določitev načinov in organizacije dogodka za podpis pakta.

Ti delovni sestanki predstavljajo ključni trenutek v procesu izgradnje skupnostnega omrežja. Ključno je ohraniti vključujoč pristop, fleksibilnost in osredotočenost na dosego soglasja, pri čemer je treba prepoznati, da je vrednost pakta enako v procesu soustvarjanja kot tudi v končnem dokumentu.

4. Model skupnostnega sporazuma

Model Povezovalne pogodbe je dokument, ki se uporablja med delovnimi sestanki z različnimi akterji v skupnosti kot izhodišče za oblikovanje lastne povezovalne pogodbe. Njegova struktura vključuje začetno uvodno obrazložitev, 10 členov in prilogo (Priloga 1).

Uvod natančno opredeljuje kontekst in razloge za oblikovanje Povezovalne pogodbe. Poudarja izzive, povezane s staranjem prebivalstva in težave pri zagotavljanju socialne vključenosti ter blagostanja, hkrati pa izpostavlja pomembnost inovativnega pristopa, ki temelji na Povezovalnih pogodbah, za aktivacijo novih virov in sodelovanja znotraj skupnosti.

Osrednji del pogodbe sestavljajo členi 2, 3, 5 in 6.

- **Člen 2: Predmet Povezovalne pogodbe**
Določa cilj pogodbe, ki je usmerjen v ureditev sodelovanja med podpisniki za uresničitev skupnostne mreže.
- **Člen 3: Namen in cilji Povezovalne pogodbe**
Predstavlja osnovne cilje pogodbe: gradnjo vključujočih in prijaznih skupnosti za starejše, nasprotovanje socialni izolaciji in hkrati spodbujanje aktivnega državljanstva starejših.
- **Člen 5: Območja sodelovanja**
Opredeljuje področja sodelovanja med stranmi, ki vključujejo pomoč in podporo, socialni prevoz, socialno stanovanjsko politiko, kulturne, rekreacijske in socialne dejavnosti, usposabljanje in informiranje, raziskave in inovacije.
- **Člen 6: Obveznosti pogodbenic**
Določa konkretne obveznosti pogodbenic, ki vključujejo kartiranje potrebščin in virov v skupnosti, razvoj novih storitev, izvajanje konkretnih ukrepov na različnih področjih ter spodbujanje sodelovanja med javnimi službami, nevladnimi organizacijami in prebivalci.

Pomembno vlogo ima tudi **člen 7**, ki se nanaša na način izvajanja, in **Priloga 1**, saj zagotavljata konkretizacijo ciljev in obveznosti, ki so izraženi v pogodbi, ter določata konkretne akcije za njeno izvajanje.

Odločitev za vključitev zunanje priloge v Povezovalno pogodbo je strateška in funkcionalna izbira, ki omogoča maksimiranje prilagodljivosti in učinkovitosti dogovora. Ta dvodelna struktura, ki je sestavljena iz glavne pogodbe in Priloge 1, prinaša več prednosti:

1. **Personalizacija obveznosti:** Priloga 1 omogoča vsakemu podpisniku, da natančno opredeli svoj prispevek k uresničitvi pogodbe. Medtem ko glavna pogodba določa splošne in skupne obveznosti, priloga omogoča opredelitev konkretnih ukrepov, časovnih rokov in virov, ki jih vsak podpisnik namerava nameniti. Ta personalizacija spodbuja bolj osredotočeno in dosegljivo zavezo, kar povečuje možnosti za uspeh pobude.
2. **Prilagodljivost skozi čas:** Ločitev med glavno pogodbo in Prilogo omogoča natančno posodabljanje specifičnih obveznosti, ne da bi bilo treba spreminjati glavni dokument. To omogoča večjo odzivnost na spremembe v skupnosti, saj omogoča akterjem prilagoditev svojih ukrepov glede na evolucijo potreb in priložnosti.
3. **Olajšanje širjenja omrežja:** Fleksibilna struktura pogodbe omogoča postopno vključevanje novih subjektov v skupnostno mrežo. Novi podpisniki lahko preprosto podpišejo že obstoječo pogodbo in določijo svoje specifične obveznosti v Prilogi 1, ne da bi bilo treba ponovno dogovarjati celoten dokument. Ta vključujoči pristop spodbuja organsko rast omrežja in nenehno obogateno razpoložljivih virov in kompetenc.
4. **Enostavnejše spremljanje in vrednotenje:** Prisotnost priloge, ki je namenjena specifičnim obveznostim, poenostavi proces spremljanja in vrednotenja izvedenih ukrepov. Vsak podpisnik lahko enostavno sledi svojim napredkom in deli rezultate z mrežo, kar spodbuja preglednost in medsebojno učenje.
5. **Spodbujanje individualne in kolektivne odgovornosti:** Izpolnjevanje Priloge 1 spodbuja vsak subjekt, da se resno vpraša o svoji vlogi v omrežju in o svojih zmožnostih za prispevek. Ta proces spodbuja občutek odgovornosti, tako na individualni kot kolektivni ravni, s čimer se krepi sodelovalna tkanina skupnosti.

Za zaključek je uporaba zunanje priloge v Povezovalni pogodbi več kot le praktična izbira; gre za strategijo, ki spodbuja dinamiko, vključenost in dolgoročno vzdržnost pobude. Ta struktura odraža evolutivno in sodelovalno naravo procesa gradnje skupnosti, prijazne do starejših, ter zagotavlja, da pogodba ostane živ dokument, prilagodljiv in vedno relevanten za potrebe skupnosti.

MODEL POVEZOVALNE POGODBE

Uvod

Projekt "CrossCare 2.0 - Integrirane in deljene strategije za kapitalizacijo modela CrossCare" si prizadeva zagotoviti ustrezne odgovore na pojav staranja prebivalstva, skupni izziv Programskega območja Interreg Italija-Slovenija, ki bo imel pomemben vpliv na zdravstvene politike in politike socialne vključenosti. Projekt se osredotoča na kapitalizacijo in krepitev modela CrossCare® z razvojem skupnih strategij in krepitvijo usklajevanja obstoječih storitev v obmejnem območju. Z izvedbo eksperimentalnih čezmejnih povezovalnih pogodb na lokalni ravni projekt podpira model celostne in prilagojene oskrbe starejših in njihovih družin, v sinergiji med javnimi in zasebnimi storitvami, ob sodelovanju s civilno družbo ter vsemi formalnimi in neformalnimi strukturami na terenu.

Demografske in socialne spremembe v zadnjih letih, čeprav z različnimi značilnostmi, predstavljajo dejavnik, ki bo na srednji rok imel pomemben vpliv na zdravstvene politike in politike socialne vključenosti v celotnem območju izvajanja, ki je zaznamovano z neravnovesji v storitvah socialne vključenosti in socialnih sistemih. Med ugotovljenimi težavami so:

1. Prepozna obravnava starejših in njihovih družin, zaradi slabe preventive in nezadostnega razvoja oskrbe na domu.
2. Pomanjkanje celovite diagnoze in integracije različnih zdravstvenih in socialno-pomočnih storitev, prav tako pa tudi z društvenimi organizacijami in skupnostjo, ki so pogosto označene z razdrobljenimi ukrepi. Ti vidiki so še posebej poudarjeni zaradi učinkov gospodarske krize, ki je povzročila povečanje revščine in zmanjšanje javne porabe, kar je povzročilo napetosti v socialnih sistemih.

Povezovalne pogodbe lahko predstavljajo inovativen pristop k oskrbi starejših in orodje za aktiviranje novih virov različnih akterjev v skupnosti (javni sektor, nevladne organizacije, zasebni sektor, skupine in/ali posamezniki itd.); Povezovalne pogodbe so rezultat postopka, v katerem različni deležniki opredelijo dogovor o načinu sodelovanja v določenem področju ukrepanja. Formalizirajo sodelovanje in mreže priložnosti, ustvarjajo skupne storitve in rešitve za soočanje s staranjem in krepijo socialno kohezijo.

Razvit socialni sistem je ključen za preprečevanje ranljivosti in zahteva sodelovanje vseh akterjev, ki si prizadevajo za izboljšanje kakovosti življenja starejših. Pristop **Community Care**, na katerega se projekt "CrossCare 2.0 - Strategije integrirane in deljene za kapitalizacijo modela CrossCare" opira, poskuša premisliti sistem storitev na ravni lokalnih skupnosti, predlagajoč načine načrtovanja in aktiviranja mrež ukrepanja, ki temeljijo na sodelovalnem srečanju akterjev iz "neformalnega sektorja" in "formalnega sektorja" prek sinergičnih odnosov. Mobilizacija javnih oblasti in lokalnih deležnikov prispeva k širšemu razumevanju potreb in virov ter sodelovanju pri načrtovanju rešitev za skupne izzive.

V luči elementov, ki so izšli iz razprav in aktivacijskih sestankov v skupnosti na teritorialni ravni spomladi 2024, se predlaga naslednje.

Člen 1 - Vrednost uvodnih določil in prilog

Uvodne določbe in dokumenti, na katere se sklicujejo, četudi niso fizično priloženi, so sestavni in bistveni del tega dogovora.

Člen 2 – Predmet

Ta dogovor ima za cilj urediti sodelovanje med podpisniki za vzpostavitev mreže "...". Takšno sodelovanje je bistvenega pomena za spodbujanje vključevanja vseh akterjev, ki si prizadevajo za izboljšanje kakovosti življenja starejših na teritorialni ravni. Je tudi ključen element za doseg in utrditev ciljev, ki so bili začeti v letu 2024 s projektom "CrossCare 2.0".

Člen 3 - Cilji in namen

Starejši ljudje so vse bolj prisotni v vsakdanjem življenju skupnosti zaradi podaljšanja življenjske dobe, kar spodbuja vse družbene akterje, da spodbujajo mrežo odgovorov, skrbi in bližine, da bi bila oskrba starejših pravočasna, primerna njihovemu razvoju in da bi bil v celoti priznan prispevek vseh ljudi v skupnosti.

Cilji tega dogovora so zagon različnih ukrepov, ki bodo gradili vključujoče skupnosti, prijazne do starejših, kot odgovor na težave, povezane s socialno izolacijo, boleznimi, kognitivnim upadom, nezmožnostjo za samostojno življenje, procesi marginalizacije in stigmatizacijo, ki prizadenejo starejše in njihove družine.

Člen 4 – Podpisniki

Podpisniki povezovalne pogodbe so lahko vsi javni subjekti, organizacije zasebnega socialnega sektorja in informalne skupine, ki delijo cilje in namen iz člena 3 ter se, kot je določeno v členu 6, zavežejo k aktivnemu sodelovanju na področjih iz člena 5 v skladu z določbami člena 7.

Člen 5 - Področja sodelovanja

Glavna področja sodelovanja med strankami vključujejo:

a. Pomoč in podpora:

- Razvoj ukrepov za podporo integriranim storitvam za starejše na domu.
- Implementacija programov trajne pomoči, ki omogočajo starejšim, da živijo samostojno in varno v svojih domovih.

b. Socialni prevoz:

- Poenotenje akterjev in ukrepov, povezanih s socialnim prevozom v skupnosti.

c. Socialno stanovanje:

- Razvoj projektov socialnega stanovanja, ki vključujejo dostopne življenjske prostore, ki preprečujejo prostovoljno izolacijo in ohranjajo ravnovesje med neodvisnostjo in občutkom skupnosti (ko-stanovanje).

d. Kulturne, rekreacijske in socialne dejavnosti:

- Organizacija rekreacijskih, kulturnih in socialnih aktivnosti, ki spodbujajo aktivno udeležbo starejših, preprečujejo socialno izolacijo in spodbujajo psihofizično dobrobit.
- Ustvarjanje prostorov za srečanja v skupnosti, kjer se lahko starejši družijo, delijo izkušnje in sodelujejo v skupnih interesnih pobudah.

e. Usposabljanje in obveščanje:

- Organizacija usposabljanj za prostovoljce, da izboljšajo veščine pri oskrbi in pomoči starejšim.
- Razvoj kampanj za spodbujanje prostovoljstva.
- Oblikovanje informativnih kampanj v skupnosti za ozaveščanje o aktivnem staranju in medgeneracijski solidarnosti.

f. Raziskave in inovacije:

- Spodbujanje raziskovalnih projektov za razvoj novih tehnoloških in metodoloških rešitev za izboljšanje kakovosti življenja starejših.
- Preizkušanje inovativnih modelov ukrepanja, ki jih je mogoče prilagoditi in uporabiti v različnih kontekstih čezmejnega območja.

Člen 6- Obveznosti strank

Podpisniki dogovora priznavajo pomen izvajanja konkretnih ukrepov za izboljšanje kakovosti življenja starejših in se zavezujejo, da bodo:

- a) Sodelovali pri oblikovanju zemljevida potrebščin in virov v skupnosti;
- b) Prispevali z viri, znanjem in idejami k razvoju inovativnih programov in storitev za dobrobit starejših;

- c) Izvajali ukrepe na področjih ukrepanja, določenih v prejšnjem členu;
- d) Aktivno sodelovali znotraj omrežja, da bi zagotovili trajno pomoč in podporo ranljivim starejšim;
- e) Vključili in ozaveščali čim širšo skupnost, pri čemer bodo spodbujali širjenje, obveščanje in izvajanje različnih projektov tudi skozi oblike sodelovanja in prostovoljstva;
- f) Olajšali sodelovanje med javnimi storitvami, organizacijami tretjega sektorja in državljani za ustvarjanje socialno solidarne in integrirane skupnosti.

Člen 7 - Načini izvajanja

Po podpisu dogovora se bodo stranke, ob upoštevanju svojih potreb in zahtev, sestale v rokih, ki ustrezajo njihovim potrebam, da bi opredelile podroben program ukrepov v skladu s 6. členom ter ustvarile posvetovalno mizo za izvajanje in spremljanje protokola.

Vsak podpisnik dogovora je dolžan znotraj svoje organizacije določiti odgovorno osebo, ki bo sodelovala pri mizi ter o tem obvestila oddelek za socialne storitve Občine ... preko PEC ...; Podpisniki, ki želijo izvajati ukrepe iz 6. člena, v skladu z nameni, cilji in področji uporabe dogovora, morajo o tem obvestiti omrežje preko ustreznega obrazca (priloga 1), ki ga pošljejo na PEC na ...

Podpisniki se zavezujejo, da bodo vsako leto opravili preverjanje izvajanja dogovora in spodbujali premagovanje ovir, ki preprečujejo njegovo uveljavitev.

Člen 8 - Trajanje in spremembe

Ta protokol ima trajanje 3 let in se lahko podaljša s predhodnim dogovorom med strankami.

Člen 9 - Zasebnost

Pri izvajanju dejavnosti v skladu s tem sporazumom se stranke zavezujejo, da bodo upoštevale veljavno zakonodajo o varstvu osebnih podatkov.

Člen 10 - Spori

Stranke se dogovorijo, da bodo sporazume rešile prijateljsko, če bi nastal kakršen koli spor v zvezi z razlago tega dokumenta, pri čemer pa v primeru spora, ki bi nastal iz izvršitve tega sporazuma, je pristojno odločati sodišče v

Podpisi

OBRAZEC ZA KOMUNICIRANJE DEJAVNOSTI V IZVEDBI SKLEPA O SKUPNOSTI ZA OMREŽJE OBČINE ...

Podpisani _____ **(priimek** _____ **in** _____ **ime)**

rojen/a v _____ dne // _____

Davčna številka _____

v _____ vlogi _____ zakonitega _____ predstavnika
Organizacije _____ Davčna _____ številka _____

Sedež pravne osebe v _____ Poštna številka _____

Obvešča

vse podpisnike skupnosti za omrežje "..." Občine ..., da ima namen sodelovati pri uresničevanju ciljev pogodbe z izvedbo naslednje aktivnosti:

NASLOV	
VRSTA DEJAVNOSTI	• Občasno • Neprestano
PODROČJE POSREDOVANJA	• Pomoč in podpora • Socialni prevoz • Socialno bivanje • Kulturne, rekreativne in socialne dejavnosti • Usposabljanje in obveščanje • ☐ Raziskave in inovacije
ILUSTRATIVNI OPIS POSREDOVANJA IN NJEGOVI MOTIVI IN CILJI	
PREJEMNIKI	
ČLOVEŠKI, ORODNI IN EKONOMSKI VIRI, KI SO NA VOLJO	
ČASI IZVEDBE	
Vključenost drugih subjektov v izvedbo intervencije	

--	--

(Kraj in datum)

(podpis v celoti in berljivo)