

Allegato

434

18 NOVEMBRE 2015



BANDO FONDAZIONE CARIPLO

"Welfare in azione. Welfare di comunita' e innovazione sociale"

PROGETTO

**"#WELFARE COMUNITARIO OVERAGED:
#VCO la comunita' che cura la propria cittadinanza"**

ACCORDO DI PARTENARIATO

Con la presente scrittura privata i seguenti soggetti, domiciliati per la carica presso la sede legale della rispettiva Organizzazione:

1. **Provincia del Verbano Cusio Ossola**, con sede legale in Via dell'Industria, 25 – 28924 Verbania, C.F. 93009110037, in persona del Presidente pro-tempore **Stefano Costa**, C.F. CSTSFN65C24F205K, in qualità di legale rappresentante in applicazione dell'art.107 del D.Lgs. 267/2000 e dell'art. 52 dello Statuto (*Capofila*)
2. **Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano**, con sede legale in Piazza Ranzoni, 24 – 28921 Verbania, C.F. 93015370039, in persona del legale rappresentante **Franco Diazzi**, C.F. DZZFNC47S11I632M (*partner 1*)
3. **Consorzio Intercomunale Servizi Socio-assistenziali CISS Cusio-Omegna**, con sede legale in Via Cattaneo, 6 – 28887 Omegna, C.F. 01608900039, in persona del legale rappresentante **Renzo Sandrini**, C.F. SNDRNZS3R04GOGZP (*partner 2*)
4. **Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali CISS Ossola**, con sede legale in Via Mizzoccola, 28 – 28845 Domodossola, C.F. 01606830030, in persona del legale rappresentante **Mario Allegri**, C.F. LLGMRA65S26D332 N (*partner 3*)
5. **A.S.L. V.C.O.**, con sede legale in Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna, C.F. 00634880033, in persona del legale rappresentante **Giovanni Caruso**, C.F. CRSGNN52P13C351J (*partner 4*)
6. **Associazione di Volontariato Contorno Viola**, con sede legale in Via Plana, 14 – 28925 Verbania, C.F. 93010870033, in persona del legale rappresentante **Emilio Ghittoni**, C.F. GHTMLE53L16G842W (*partner 5*)
7. **Università Cattolica di Milano - CREMIT**, con sede legale in Largo Agostino Gemelli, 1 – 20123 Milano, C.F. 02133120150, in persona del legale rappresentante **Franco Anelli**, C.F. NLLFNC63H26G534P (*partner 6*)
8. **Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus**, con sede legale in Piazza Mons. Luigi Moneta, 1 – 20090 Cesano Boscone, C.F. 03034530158, in persona del legale rappresentante **Don Vincenzo Barbante**, C.F. BRBVCN58P05A246N (*partner 7*)
9. **RSA Massimo Lagostina Onlus**, con sede legale in Via Risorgimento, 5 – 28887 Omegna, P.IVA 00471940031, in persona del legale rappresentante **Attilio Smorgoni**, C.F. SMRTTL64D18H037U (*partner 8*)
10. **Residenze Assistenziali Domodossola e Villadossola**, con sede legale in Piazza Repubblica dell'Ossola, 1 – 28845 Domodossola, C.F. 00426370037, in persona del legale rappresentante **Mariano Cattrini**, C.F. CTTMRN46T26L666I (*partner 9*)

11. **Fondazione Opera Pia Dr. Domenico Uccelli Onlus**, con sede legale in Piazza Ospedale, 6 – 28822 Cannobio, C.F. 84003960030, in persona del legale rappresentante **Luigi Valter Costantini**, C.F. CSTLVL49E09G963B (*partner 10*)
12. **I.P.A.B. Casa di Riposo “Maurizio Muller”**, con sede legale in Via Rosa Franzi, 42 – 28921 Verbania, C.F. 84000360036, in persona del legale rappresentante **Massimo Maspoli**, C.F. MSPMSM65R03L746B (*partner 11*)
13. **Residenza Integrata Socio-Sanitaria Premosello**, con sede legale in Via Milano, 12 – 28803 Premosello-Chiovenda, C.F. 00423240035, in persona del legale rappresentante **Giuseppe Monti**, C.F. MNTGPP66C27H037M (*partner 12*)
14. **Associazione Silenziosi Operai della Croce - Residenza Sanitaria Assistenziale “Cuore Immacolato di Maria”**, con sede legale in Via Roma, 10 – 28856 Re, C.F. 80159770587, in persona del legale rappresentante **Don Giovanni Giuseppe Torre**, C.F. TRRGNG38D23F839U (*partner 13*)
15. **Residenza Assistenziale “Casa dell’Anziano” Città di Baveno**, con sede legale in Piazza Dante Alighieri, 14 - 28831 Baveno, C.F. 00388490039, in persona del legale rappresentante **Maria Rosa Gnocchi**, C.F. GNCMRS60E62H037E (*partner 14*)
16. **Associazione Gruppo Accompagnatori Volontari**, con sede legale in Via Vittorio Veneto, 135 – 28922 Verbania, C.F. 93028630031, in persona del legale rappresentante **Adriana Preti**, C.F. PRTDRN37P69L219K (*partner 15*)
17. **Associazione Centri del VCO Onlus**, con sede legale in Corso Roma, 75 – 28883 Gravellona Toce, C.F. 84004980037, in persona del legale rappresentante **Giuseppe Moroni**, C.F. MRNGPP36P09E153C (*partner 16*)
18. **Congregazione Figlie della Carità di S.Vincenzo De’ Paoli - Casa Immacolata Verbania**, con sede legale in Via Vittorio Veneto, 113 – 28922 Verbania, C.F. 80064750013, in persona del legale rappresentante **Suor Giuseppina Nespoli**, C.F. NSPGPP38L44E063L (*partner 17*)
19. **Pro Senectute**, con sede legale in Via Fucine, 7 – 28887 Omegna, C.F. 84010960031, in persona del legale rappresentante **Giovanni Desanti**, C.F. DSNGNN50C17G062I (*partner 18*)
20. **Fondazione Comunitaria del VCO**, con sede legale in Strada Statale del Sempione, 4 – 28831 Baveno, C.F. 93026470034, in persona del legale rappresentante **Ivan Guarducci**, C.F. GRDVNI41E23G999R (*partner 19*)
21. **Fondazione Comunità Attiva**, con sede legale in Piazza Vittorio Emanuele III, 2 – 28822 Cannobio, C.F. 93031110039, in persona del legale rappresentante **Antonio Pinolini**, C.F. PNLTNT44B14D481Z (*partner 20*)
22. **Fondazione Vita Vitalis**, con sede legale in Viale Siemens, 24 – 28838 Stresa, C.F. 90006150032, in persona del legale rappresentante **Vitaliano Moroni**, C.F. MRNVLN42E29E153W (*partner 21*)
23. **Centro AUSER Provinciale VCO**, con sede legale Via Manzoni, 52/B - 28887 Omegna, C.F. 93014670033, in persona del legale rappresentante **Caterina Festa**, C.F. FSTCRN51B46H037Z (*partner 22*)

di seguito congiuntamente “le Parti”

premesso che

- a. le Parti hanno congiuntamente definito e intendono proporre alla Fondazione Cariplo (*di seguito “Fondazione”*), nell’ambito del Progetto “WELFARE DI COMUNITÀ E INNOVAZIONE SOCIALE” (*di seguito “Programma”*), l’iniziativa denominata “#**Velfare Comunitario Overaged La Comunità del VCO che cura la propria cittadinanza**” (*di seguito “Progetto”*), le cui caratteristiche, finalità e modalità operative sono descritte nell’allegato alla presente “**Documento descrittivo**” sub a);
- b. le attività esecutive del Progetto, i relativi costi e la loro ripartizione tra le Parti sono dettagliati negli allegati alla presente “**Piano delle Azioni**” sub b) e “**Piano Economico**” sub c);

con la presente (*di seguito “Accordo”*) le Parti intendono regolare i rapporti riferibili all’esecuzione del Progetto nel caso di concessione, da parte della Fondazione, di un contributo economico per la sua realizzazione;

si conviene e si stipula quanto segue;

Articolo 1 - Finalità

Le premesse e gli allegati costituiscono parte integrante dell’Accordo.

Le Parti dichiarano di conoscere e condividere il Progetto, i suoi contenuti, le sue finalità e le modalità operative per la sua realizzazione.

Articolo 2 - Durata

L’Accordo è efficace dalla data di sua sottoscrizione e per l’intera durata del Progetto, sino al termine di tutte le attività realizzative e rendicontative ad esso collegate.

Articolo 3 - Ruoli delle parti

Le Parti convengono che il ruolo di Capofila del Progetto sarà svolto dalla **Provincia del Verbano Cusio Ossola** mentre i restanti soggetti sottoscrittori del presente Accordo rivestiranno la funzione di partner.

I partner conferiscono al Capofila, che accetta, mandato irrevocabile di rappresentanza, nei confronti di Fondazione Cariplo, per tutti i rapporti riferibili al Progetto e alla sua realizzazione.

I partner, al loro interno, conferiscono al Consorzio Servizi Sociali del Verbano, che accetta, il ruolo di Referente tecnico progettuale a supporto del Capofila, al fine di relazionare in ordine ai risultati del progetto ed al suo stato di avanzamento.

Articolo 4 - Impegni delle parti

Le Parti si impegnano alla realizzazione del Progetto, articolato nelle Azioni descritte nel piano allegato sub b), per costi complessivi pari a € 1.898.000,00 ripartiti tra le Parti secondo quanto dettagliato nel piano allegato alla presente sub c).

Le Parti si impegnano ad osservare compiutamente le disposizioni previste dal disciplinare “*Regole per la rendicontazione dei progetti e per l’erogazione del contributo*”, redatto da Fondazione Cariplo, garantendo la necessaria collaborazione al Capofila che è tenuto a supervisionare le modalità di rendicontazione dei partner.

Le Parti si impegnano a sostenere le spese di propria competenza in piena autonomia gestionale ed operativa, con personale responsabilità in ordine alla perfetta esecuzione procedurale, assumendo gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla L. 136/2010 e s.m.i. in modo tale che il Capofila possa garantire a Fondazione Cariplo il corretto trasferimento delle somme spettanti;

Le Parti si impegnano a svolgere tutte le ulteriori attività funzionali alla realizzazione del Progetto che, sebbene non esplicitamente previste nell'Accordo e negli allegati, risultino dovute secondo criteri di correttezza e buona fede.

Articolo 5 - Riservatezza dei dati

Tutta la documentazione e le informazioni di carattere tecnico e metodologico, fornite da uno dei soggetti attuatori ad un altro, dovranno essere considerate da quest'ultimo di carattere confidenziale. Esse non potranno essere utilizzate, per scopi diversi da quelli per i quali sono state fornite, senza una preventiva autorizzazione scritta dal soggetto che le ha fornite.

Ciascuno dei soggetti avrà cura di applicare le opportune misure per mantenere circoscritte le informazioni e le documentazioni ottenute.

Articolo 6 - Tutela della proprietà intellettuale

Le parti si impegnano a concordare mediante apposito accordo il regime di proprietà, di utilizzo, di diffusione e di pubblicazione dei risultati, brevettabili e non, derivanti dall'esecuzione del progetto, fermo restando il rispetto della policy della Fondazione Cariplo in tema di proprietà intellettuale e delle regole previste dal Disciplinare.

Articolo 7 - Modifiche e controversie

Ogni modifica all'Accordo o ai suoi allegati è valida solo se concordata per iscritto dalle Parti.

Le parti accettano di definire amichevolmente qualsiasi controversia che possa nascere dall'attività oggetto del presente accordo ma, in ogni caso, eleggono per qualsiasi controversia che dovesse insorgere tra le parti in relazione all'interpretazione, all'esecuzione e/o alla validità del presente accordo, quale Foro competente ed esclusivo quello di Verbania.

Allegati:

Allegato a : "documento descrittivo del progetto"

Allegato b : "piano di dettaglio delle azioni"

Allegato c : "piano economico di dettaglio"

Luogo e data

Firme per accettazione di tutti i Partner

Provincia del Verbano Cusio Ossola

Stefano Costa

Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano

Franco Diazzi

Consorzio Intercomunale Servizi Socio-assistenziali CISS Cusio-Omegna

Renzo Sandrini

Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali CISS Ossola

Mario Allegri

A.S.L. V.C.O.

Giovanni Caruso

Associazione di Volontariato Contorno Viola

Emilio Ghittoni

Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus

Don Vincenzo Barbante

RSA Massimo Lagostina Onlus

Attilio Smorgoni

Residenze Assistenziali Domodossola e Villadossola

Mariano Cattrini

Fondazione Opera Pia Dr. Domenico Uccelli Onlus

Luigi Valter Costantini

I.P.A.B. Casa di Riposo “Maurizio Muller”

Massimo Maspoli

Residenza Integrata Socio-Sanitaria Premosello

Giuseppe Monti

SODC - RSA “Cuore Immacolato di Maria”

Don Giovanni Giuseppe Torre

Residenza Assistenziale “Casa dell’Anziano” Città di Baveno

Maria Rosa Gnocchi

Associazione Gruppo Accompagnatori Volontari

Adriana Preti

Associazione Centri del VCO Onlus

Giuseppe Moroni

Congregazione Figlie della Carità di S.Vincenzo De’ Paoli

Casa Immacolata Verbania

Suor Giuseppina Nespoli

Pro Senectute

Giovanni Desanti

Fondazione Comunitaria del VCO

Ivan Guarducci

Fondazione Comunità Attiva Onlus

Antonio Pinolini

Fondazione Vita Vitalis

Vitaliano Moroni

Centro AUSER Provinciale VCO

Caterina Festa

**PROGETTO "#WELFARE COMUNITARIO OVERAGED:
#VCO la comunità che cura la propria cittadinanza"**

ACCORDO DI PARTENARIATO

Luogo e data.

Firme per accettazione

Università Cattolica di Milano – CREMIT

Franco Anelli.....



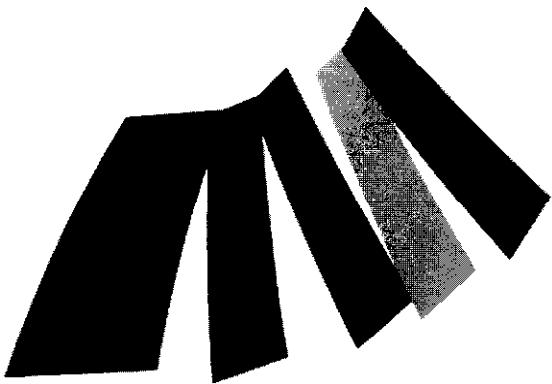
welfare
in azione

Welfare di Comunità e Innovazione Sociale
II edizione

Welfare Comunitario Overaged

La comunità del VCO che cura la propria cittadinanza

Studio di fattibilità



Verbania, 18 novembre 2015

1. Il contesto

Il contesto interessato alla proposta progettuale è il territorio dell'ASL VCO attualmente ripartito dal punto di vista socio-sanitario in 3 Distretti sanitari a cui corrispondono 3 Consorzi Intercomunali di Servizi Sociali; comprende 77 comuni della Provincia del Verbano-Cusio-Ossola e 7 del novarese, con una popolazione residente al 31/12/2014 di 171.390 abitanti, dato sostanzialmente stabile, secondo le rilevazioni demografiche Istat nel quadriennio 2011-2014.

Per quanto riguarda gli ultra 65enni, bacino di riferimento della proposta progettuale, si evidenzia che, a fronte della stabilizzazione della popolazione in generale, il dato nel quadriennio considerato registra un incremento di 2.354 unità (da 41.169 a 43.523) con un'incidenza percentuale del 25,4% del 2014 rispetto al 24,1% del 2011. L'indice di vecchiaia analogamente cresce da 197 del 2011 a 213 del 2014, a fronte di un valore di 190 della regione Piemonte e di 158 della media nazionale.

Il trend sostanzialmente stabile della popolazione residente, l'incremento dell'indice di vecchiaia e della popolazione anziana in termini assoluti, accentuati peraltro dai flussi di segno opposto della popolazione in età lavorativa (-1.200 unità nel quadriennio considerato), delineano uno scenario di costante incremento della domanda di servizi assistenziali molto più pronunciato rispetto ad altre aree.

L'invecchiamento della popolazione ha prodotto, inoltre, un progressivo incremento del numero di soggetti con polipatologie croniche a rischio di scompenso che comportano la progressiva riduzione di autonomia, l'incapacità di gestire gli atti della vita quotidiana e la conseguente necessità di forme flessibili di aiuto, con un impatto aggiuntivo sull'aumento della domanda di servizi per la cronicità e, di conseguenza, sulla spesa sociale e sulla gestione dei percorsi di cura a carico delle famiglie. Sulla base di queste tendenze sono state perciò individuate, grazie alla elaborazione dei dati forniti da ASL VCO sui soggetti che beneficiano di esenzioni ticket, tre diverse tipologie nell'ambito della popolazione ultra 65enne (cfr. Tab. 1).

La prima è rappresentata dagli **anziani fragili**, affetti da patologie multiple croniche, con uno stato di salute instabile spesso aggravato da problematiche di carattere socio-economico, a cui sono riconducibili gli **anziani dipendenti**, soggetti non autosufficienti che devono ricorrere al sostegno dei servizi o delle assistenti familiari per la gestione delle azioni quotidiane, e quelli **vulnerabili** caratterizzati da una condizione precaria di autonomia che al fine di permanere nel proprio contesto di vita necessitano, più o meno sporadicamente, del sostegno dei familiari o dell'aiuto di altri. La seconda tipologia riguarda gli **anziani sulla soglia della vulnerabilità** che, pur essendo attualmente in condizioni di autonomia, a causa dello stato di salute precario sono potenzialmente esposti a decadimento, talvolta repentino, verso una condizione di fragilità.

Infine è stata individuata la tipologia di **anziani indipendenti**. Si tratta di soggetti prevalentemente in salute e inseriti socialmente, in grado di gestirsi autonomamente. Essi spesso rappresentano una risorsa di supporto per le loro famiglie sia per l'accudimento dei nipoti sia come fonte di sostegno economico. Una fascia di popolazione peraltro potenzialmente disponibile per attività di carattere sociale. Questo vale in particolare per i nuovi anziani, soggetti reduci da esperienze lavorative recenti e con un discreto bagaglio di competenze che possono riversare un importante contributo nell'ambito della comunità.

Tab. 1 - La condizione della popolazione ultra 65enne del VCO in base allo stato di salute

Fragili	Dipendenti	5.000	9.250	21,3%
Sulla soglia della vulnerabilità	Vulnerabili	4.250	7.020	16,1%
Indipendenti			27.253	62,6%
Totale			43.523	100,0%

Elaborazione su dati di fonte ASL VCO.

Per quanto riguarda gli anziani “fragili”, che rappresentano i destinatari delle azioni progettuali, nel territorio del VCO sono il 21,3% della popolazione ultra 65enne, quantitativamente 9.250, di cui il 54% (5.000 soggetti) sono gli anziani “dipendenti” e il 46% (4.250 soggetti) quelli “vulnerabili”. Fra gli anziani “fragili” oltre il 22% beneficia di servizi pubblici o convenzionati (residenziali o domiciliari) e circa il 32% di servizi privati (assistenti familiari). Il restante 46%, che coincide con la fascia di anziani “vulnerabili”, si affida esclusivamente al sostegno dei familiari e/o del volontariato, risorse che necessitano tuttavia di orientamento e accompagnamento per l’erogazione di prestazioni più appropriate.

1.1 Caratteristiche, cause e rilevanza del problema

Il problema che si intende affrontare riguarda pertanto la **qualità della vita della popolazione anziana fragile**, in particolare della fascia dei “vulnerabili”, agendo su una doppia leva:

- sviluppo di azioni di monitoraggio e prevenzione per favorire la permanenza nel proprio contesto di vita in condizioni protette della popolazione vulnerabile particolarmente esposta alle criticità di carattere sociale ed economico registrate a livello locale;
- messa in campo di azioni articolare per ricomporre la frammentazione dei servizi e per rafforzare le risorse disponibili grazie all’attivazione della comunità territoriale e al supporto delle tecnologie digitali;

Nel VCO, come in ambito nazionale, emerge un progressivo indebolimento strutturale del sistema famiglia. Il numero medio dei componenti decresce da 2,30 del 2008 a 2,15 del 2014 (verso un dato nazionale di 2,34) con un aumento di nuclei monoparentali o costituiti da 2 persone ultra 65enni. Inoltre una peculiarità del territorio è la presenza di anziani isolati residenti nei contesti montani, scollegati dalla rete dei servizi, nei quali la popolazione ultra 65enne è al 27%, il numero medio dei componenti del nucleo familiare è di 2,03 unità e la densità abitativa di circa 15 ab./kmq. Elementi che raffigurano situazioni estese di solitudine dell’anziano, aggravate dal fenomeno del pendolarismo dei familiari in età lavorativa, caratteristico del territorio.

In presenza di queste criticità, accentuate peraltro dalla crescente situazione di fragilità economica del VCO (il reddito medio pro-capite del VCO, a valori 2011, è di 12.393 € - 10.032 € nelle aree montane - verso 14.045 € del Piemonte) e dalla contrazione delle risorse pubbliche, la famiglia assume sempre più una funzione centrale nell’organizzazione dell’accudimento e della cura degli anziani. Questo vale in particolare per le famiglie con anziani “vulnerabili” che, come citato in precedenza, non beneficiano dei servizi pubblici o privati: esse, senza adeguati interventi strutturali e sostegni psicologici e di counseling, non sono in grado di attivare autonomamente aiuti dai professionisti della cura indirizzandosi verso soluzioni “fai da te” raramente capaci di attenuare il carico assistenziale e psicologico che grava sulla famiglia stessa e in generale sulla figura del caregiver, molte volte esso stesso anziano.

1.2 Com’è affrontato attualmente il problema nel territorio

La gestione della fragilità della popolazione ultra 65enne fragile nel VCO coinvolge attualmente numerosi soggetti pubblici e privati che operano in modo frammentato, con un approccio settoriale sia in ambito delle competenze sanitarie, sociali e sociosanitarie sia a livello territoriale dove i diversi attori agiscono spesso in modo non coordinato.

Per quanto riguarda il pubblico e le strutture convenzionate:

- i 3 **Consorzi dei Servizi Sociali** di Verbania, Omegna e Domodossola gestiscono le risorse dei Comuni in forma associata e forniscono Servizi di Assistenza Domiciliare, attraverso l’attivazione diretta da parte dei cittadini o delle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG);
- i 3 **Distretti Sanitari dell’ASL VCO** forniscono e autorizzano Servizi Infermieristici Domiciliari con attivazione da parte dei Medici di Medicina Generale;

- le **strutture accreditate (RSA)** erogano prevalentemente servizi residenziali, ambulatoriali e di counseling sia con accesso diretto del cittadino sia con autorizzazione della UVG coordinata dal Servizio di Geriatria dell'ASL VCO. Si tratta di strutture di dimensioni medio-piccole (da 10 a 94 posti letto), gestite prevalentemente da enti pubblici o no profit e diffuse in modo capillare nella provincia, che sono percepite dagli utenti come servizi di prossimità e che possono aprirsi potenzialmente ad attività di tipo domiciliare.

Inoltre in tutti i comuni del territorio è presente la rete dei **medici di medicina generale**, organizzati anche in équipe o gruppi territoriali, che si estende anche nelle zone periferiche e montane. Infine si segnala la realtà delle **cooperative sociali** di dimensioni medio-piccole. L'esperienza sino-
ra realizzata ha contemplato per il mondo della cooperazione un ruolo prevalentemente strumentale di erogatori di prestazioni esternalizzate dai servizi pubblici o di servizi di supporto alla persona. L'impianto progettuale prevede di rafforzarne il coinvolgimento attraverso la co-progettazione di servizi domiciliari in grado di promuovere nei contesti locali nuove forme di cooperazione e mutualità.

Questi soggetti pubblici e privati operano tuttavia in maniera autonoma in base ai bisogni degli utenti e alle risorse professionali disponibili, con coordinamento occasionale e senza condividere un modello organizzativo unitario, in particolare sulla gestione della domiciliarità, in grado di armonizzare le risposte di natura sanitaria, sociale e assistenziale e in assenza di strumenti dedicati che ne facilitino il funzionamento. Le uniche esperienze di integrazione significative realizzate sono circoscritte al Punto unico di accesso adottato nel 2012 da ASL VCO e Consorzi dei Servizi Sociali e l'integrazione socio-sanitaria della cartella utente realizzata nel Verbano. Inoltre in alcune aree sono attivi gruppi di cure primarie dei medici di medicina generale finalizzati a fornire agli utenti un accesso unitario alle cure (emblematico l'esempio della "Casa della salute" della Fondazione di partecipazione Comunità Attiva di Cannobio).

L'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari rappresenta per la stragrande maggioranza degli utenti un vero rompicapo. Attualmente non esiste una mappa di orientamento, una sorta di percorso critico del tipo: "cosa fare in caso di; a chi rivolgersi; quali sono i servizi disponibili; come accedervi", che chiarisca agli utenti quali azioni devono essere intraprese in caso di bisogno. La ricerca qualitativa realizzata a ridosso dello *Studio di fattibilità* mette in evidenza la difficoltà dell'anziano fragile e delle famiglie ad orientarsi fra tre diversi soggetti di cui difficilmente focalizzano le competenze: i servizi sanitari, quelli sociali e i medici di medicina generale con la conseguenza di ribaltare la soluzione al problema, vero o presunto, verso l'unico punto di riferimento inequivocabile della struttura ospedaliera con tutto quello che ne consegue sull'inappropriatezza della domanda che si riversa sul DEA (codici bianchi e verdi oltre i 65 anni al 27-28%: 15-16.000 per anno su un totale di 56-57.000 accessi).

Questa percezione di disorientamento è evidentemente la conseguenza della situazione di frammentazione dei servizi che in quanto tali non sono in grado di accreditarsi come riferimenti "inequivocabili" nell'immaginario dell'utente. In questa prospettiva la chiave di volta è rappresentata dalla UVG, una commissione tecnica dell'ASL, composta da figure professionali quali: geriatra, fisiatra, medico di medicina generale, infermiere e assistente sociale. Questo organismo effettua una valutazione sulle condizioni socio-sanitarie del paziente, dispone un progetto assistenziale in grado di rispondere ai bisogni dello stesso attivando, mediante lo strumento del Piano di Assistenza Individuale (PAI), modalità di risposta residenziali o domiciliari che prevedono l'intervento di risorse socio-sanitarie secondo un piano operativo declinato in un'Agenda individuale. La struttura della UVG è evidentemente sottodimensionata, ha una competenza su tutto il territorio dell'ASL e deve valutare una molteplicità di situazioni di fragilità operando entro la frammentazione delle competenze di carattere sanitario, sociale ed assistenziale e di quella territoriale. Una struttura che in sostanza si affida prevalentemente alla buona volontà dei professionisti che la compongono e non riesce a fornire soluzioni in tempo reale o adeguate ai bisogni dell'utente. Le risorse, che dovrebbero garantire l'erogazione dei servizi definiti dal PAI, operano esse stesse in modo settoriale e scoordinato a li-

vello territoriale attivandosi autonomamente in base ai bisogni degli utenti dei propri servizi e senza condividere strumenti di pianificazione.

Attualmente, grazie alla presenza strutturata e convenzionata delle RSA nel territorio, la propensione degli anziani e delle reti familiari che riescono a beneficiare di tali servizi è prevalentemente orientata verso soluzioni post ricovero a carattere residenziale a causa sia della difficoltà di optare, in assenza di adeguati supporti, per la permanenza a domicilio, sia della percezione di inadeguatezza dei servizi domiciliari disponibili.

La situazione di frammentarietà dei servizi trova un corrispettivo anche su quello del **volontariato**. Nel territorio del VCO sono presenti diverse associazioni di volontariato organizzato che attivano azioni di supporto ai servizi professionali quali: attività fisica adattata, telesoccorso, trasporto e accompagnamento, azioni di potenziamento della socialità, supporti educativi, documentazione e informazione ed erogazione di beni di prima necessità. Una presenza numerica anche significativa (140 volontari ogni 10.000 abitanti) rispetto al dato piemontese (95) e a quello nazionale (80), concentrata prevalentemente nei settori sanità, assistenza sociale e protezione civile e istruzione, come evidenziato da un'indagine del 2014 dalla Camera di Commercio del VCO.

Oltre all'associazionismo nel territorio sono presenti **cittadini volontari** che non aderiscono a specifiche realtà organizzate e che vengono intercettati occasionalmente dai servizi pubblici offrendo il proprio tempo e le proprie competenze a favore di persone fragili. Queste risorse del volontariato operano prevalentemente in autonomia ed entrano in rete con i soggetti pubblici in modo sporadico e non strutturato con una scarsa propensione a svolgere un ruolo organico nel sistema di welfare.

Per quanto riguarda invece le **risorse pubbliche** economiche destinate alla gestione della fragilità della popolazione anziana, il valore complessivo ammonta a 23,7 Mln€ ed è riferito ai servizi sociali e sanitari, all'integrazione di rette e servizi e alle indennità di accompagnamento erogate dall'INPS.

Tab. 2 - Risorse pubbliche destinate alla popolazione anziana fragile nel VCO (anno 2014)

Valori k€	Spesa socio-sanitaria per la domiciliarità		Spesa socio-sanitaria per la residenzialità e servizi accessori		INPS - Indennità accompagnamento	Totale
	SAD Assistenziale	SID Infermieristico	Sociale	Sanitaria		
Verbano	981	1.073	671			
Cusio	685	622	1.452	9.674	6.112	
Ossola	924	1.037	506			
Totale	2.590	2.732	2.629	9.674	6.112	23.737

Le risorse professionali dei servizi pubblici dedicate alla domiciliarità sono rispettivamente: CCSV del Verbano 31, CISS Cusio 27, CISS Ossola 29, Distretti ASL: Verbania 27, Omegna 15, Domodossola 25, per un totale 154 operatori.

A queste risorse pubbliche vanno aggiunte quelle dei **gestori di servizi residenziali** (RSA) e quelle stanziate direttamente delle famiglie per i servizi residenziali privati delle assistenti familiari. I posti residenziali nel Verbano-Cusio-Ossola sono 786, di cui 589 accreditati, con una spesa annuale stimata di circa 24 Mln€. Il numero di **assistenti familiari** attualmente regolarizzate sul territorio provinciale è di 3.402 con un costo medio annuo unitario a carico delle famiglie di oltre 18K€ per un totale su scala provinciale di circa 50 Mln€ annui che verosimilmente, comprendendo anche le situazioni non regolarizzate, si avvicina ai 75 Mln€.

Pertanto il **totale delle risorse pubbliche e private** è valutabile intorno ai 123 Mln€.

Occorre infine evidenziare che in presenza di questo "preoccupante" scenario il sistema di cura sta vivendo una fase di riorganizzazione dei servizi ospedalieri con un'unica struttura pubblica in località baricentrica da realizzarsi entro il prossimo quinquennio. Diventa pertanto ancora più urgente definire un'analogia riorganizzazione della rete dei servizi sociali e socio-sanitari per gli an-

ziani che preveda la presenza di strutture prossimali ai loro contesti di vita e facilmente accessibili e sia fondato su un solido modello organizzativo meno frammentato rispetto all'attuale.

1.3 Caratteristiche e funzionalità della rete di progetto

I partner della rete costituiscono una quota significativa del welfare locale:

- il soggetto capofila è la **Provincia del Verbano Cusio Ossola** che rappresenta l'unitarietà territoriale, a fronte delle molteplici problematiche del welfare locale, e che opera da anni con l'intento di aprire spazi di confronto allargati ai diversi portatori di interesse coordinandone le risorse, siano esse risorse umane o finanziarie, quali ad esempio quelle connesse ai programmi di finanziamento europei;
- i **tre Consorzi dei Servizi Sociali del VCO** di Verbania, Omegna e Domodossola che gestiscono le risorse dei Comuni in forma associata e forniscono Servizi di Assistenza Domiciliare;
- i **Distretti Sanitari ASL** che erogano e autorizzano Servizi Infermieristici Domiciliari;
- le **strutture accreditate (RSA)**: Istituto Sacra Famiglia, Casa di riposo Muller, Casa albergo di Baveno, Opera Pia Domenico Uccelli, Casa dell'anziano Massimo Lagostina, Residenze assistenziali Domodossola e Villadossola, Residenza socio sanitaria Premosello e Cuore Immacolato di Maria di Re che erogano prevalentemente servizi residenziali, ambulatoriali e di counseling che possono aprirsi potenzialmente ad attività di tipo domiciliare e l'Associazione Centri del VCO che eroga servizi domiciliari.
- le **organizzazioni di volontariato**: Pro Senectute, Ass. Gruppo Accompagnatori Volontari, Au-ser provinciale e Casa Immacolata che sono state individuate quali partner capofila dell'associazionismo e che dovranno garantire il coordinamento con le altre associazioni aderenti alla rete per attivare azioni di supporto ai servizi professionali, azioni di potenziamento della socialità, supporti educativi, documentazione e informazione; l'Associazione Contorno Viola di Verbania che a partire dal tema della prevenzione dei comportamenti a rischio ha sviluppato competenze nell'ambito della ricerca sociale e delle nuove forme di comunicazione digitale;
- il **CREMIT** (Centro Ricerca Educazione Media Informazione Tecnologia) dell'Università Cattolica Sacro Cuore Milano che ha il compito di assestarsi l'impatto dei media e della tecnologia sul welfare;
- le **Fondazioni erogative**: Comunitaria VCO, Comunità Attiva di Cannobio e Vita Vitalis.

Gli aderenti alla rete sono: i Comuni di Verbania, Baveno, Cannobio, Omegna, Premosello e Domodossola, i Vicariati del Verbano-Cusio-Ossola, l'Associazione familiari Alzheimer, la Comunità ossolana famiglie Alzheimer e l'Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri del VCO.

1.4 Mappatura delle opportunità del patrimonio relazionale

L'indagine della Camera di Commercio citata in precedenza evidenzia nel VCO una presenza significativa di volontari che indubbiamente rappresentano un capitale umano ricco, attivo in ambito sociale e che il progetto considera un valore. La ricchezza di capitale sociale si rileva anche dalla **propensione positiva della comunità territoriale verso le campagne di raccolte fondi a scopo sociale**. Negli ultimi 4 anni il Consorzio Servizi Sociali del Verbano con la manifestazione "Gustabile: gustare cose buone per il gusto di fare bene" ha raccolto oltre 74K€ per sostenere vari progetti sociali (Centro diurno disabili, Cafè Alzheimer, Progetto Affido, Casa domotica Sweet home) pari al 17% delle spese complessive. Tali fondi potrebbero essere destinati al cofinanziamento del progetto nel triennio e negli anni a venire, immaginando nuove e crescenti forme di coinvolgimento della comunità. Analogamente la Fondazione Comunità Attiva di Cannobio ha realizzato interessanti azioni di fundraising e crowdfunding per finanziare il Nuovo Centro di Medicina Territoriale, che sarà inaugurato a dicembre 2015 con una percentuale di copertura del fundraising pari al 18%. Infine in Ossola "Insieme per un dono" sostiene da molti anni l'Ospedale di Domodossola con raccolte fondi significative.

Un elemento caratteristico dell'intero territorio provinciale è la **forte attrattività turistica** esercitata dal paesaggio dei laghi e delle montagne: nel VCO i flussi turistici si attestano annualmente intorno alle 2.500.000 presenze, con una permanenza media di 12 giorni nei campeggi e 3 giorni negli alberghi, a cui va aggiunto il flusso di italiani e stranieri proprietari di seconde case. Rivolgersi al target turistico quale risorsa di sostenibilità del sistema di welfare locale è una sfida innovativa che il progetto intende attivare.

Punto di forza risulta essere anche l'**affidabilità progettuale dei soggetti istituzionali in partenariato con il no profit**. La Provincia VCO e Associazione Contorno Viola, in collaborazione con ASL VCO, Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano e Università Cattolica, hanno ottenuto rilevanti risultati sviluppando un'esperienza consolidata nella gestione di progetti nell'ambito della cooperazione transfrontaliera. In particolare va segnalato il progetto "UP2Peer. Peer education e digitale vs rischio alcol correlato" realizzato per il programma Interreg IT-CH 2007-2013 e selezionato dalla Direzione generale della Politica Regionale e Urbana della Commissione Europea come esempio di politica di coesione in ambito UE e inserito nel database comunitario delle buone pratiche.

I **potenziali donatori**, su cui si concentreranno le azioni di sensibilizzazione, comunicazione e fundraising, sono stati individuati in:

1) gli **individui**, a loro volta declinabili in:

- ✓ i *turisti*: target innovativo e molto significativo numericamente per il territorio, verso il quale nessuno ha ancora pensato come potenziale erogatore di donazioni;
- ✓ i *soggetti beneficiari* intesi come "sistema famiglia" dell'anziano fragile o sulla soglia della vulnerabilità, che già partecipano al sistema del welfare con risorse monetarie e/o di capitale umano. Il progetto, che intende raggiungere nel triennio 700 anziani fragili, potrebbe prevedere una partecipazione di solvenza del 20% a partire dal terzo anno. I beneficiari possono essere a loro volta in grado di "donare" beni immobili o altro o di coinvolgere donatori. I familiari e i beneficiari stessi potranno essere coinvolti in eventi di fundraising come volontari e ambasciatori della buona causa con azioni circoscritte ma capillari molto efficaci nelle piccole comunità. Le iniziative "diffuse" oltre a permettere la raccolta di fondi rafforzano il senso di comunità e il ruolo attivo degli anziani.
- ✓ i *grandi donatori*: soggetti facoltosi verso cui costruire e rivolgere azioni di sensibilizzazione e raccolta fondi e di fidelizzazione alla buona causa. In questo senso sono già stati presi contatti con professionisti disponibili a coinvolgere l'Ordine degli avvocati e dei notai del VCO al fine di promuovere lasciti e testamenti solidali.

2) il **sistema delle imprese turistiche**, specificità del territorio, gestito prevalentemente da famiglie di imprenditori del settore, da attivare per raggiungere il target "turisti" (cfr. punto 1) e il **sistema delle imprese produttive** più significative per il territorio (cfr. mappatura del patrimonio relazionale) per sensibilizzarle e coinvolgerle sul tema della responsabilità sociale "local". Qui appare strategico il contatto già attivato con la Camera di Commercio per estendere il **marchio "Lago Maggiore Social"**, facendo leva sul tema della responsabilità sociale delle aziende. Emmatico è il progetto "Buon Lavoro - La Fabbrica per la Città", un'iniziativa promossa da Alessi SpA in collaborazione con il Comune di Omegna e con il CISS del Cusio, che prevede la destinazione di un significativo numero di ore di lavoro dei dipendenti ad attività di utilità sociale sul territorio;

3) le **Fondazioni erogative o bancarie** attive nel VCO e non solo. Questi enti prevedono nelle loro finalità il sostegno a iniziative di tipo sociale in favore delle fasce deboli con finanziamenti erogati su richieste specifiche. A titolo esemplificativo sono stati censiti i bandi coerenti con la progettazione "Welfare Comunitario Overaged": la Fondazione CRT offre annualmente bandi funzionali al progetto, ad esempio "Vivo Meglio" sulla disabilità, "Missione Soccorso" sull'assistenza sanitaria, "Open to all" sull'inclusione sociale. La Fondazione San Paolo, che deve ancora pubblicare il programma 2016, in passato ha espresso bandi significativi come "Housing" sulle nuove forme di sostegno abitativo e "Politiche sociali". Anche le realtà esterne al ter-

ritorio possono essere una fonte di aiuto importante: la Fondazione Poste Insieme, così come E-nel Cuore prevedono tra i target di intervento proprio gli anziani fragili. Infine, la Fondazione Vodafone intende investire sull'alfabetizzazione digitale degli over 55. Analogamente le **Società di Mutuo Soccorso** per Statuto perseguono finalità di interesse generale, sulla base del principio costituzionale di sussidiarietà, attraverso l'erogazione di servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai soci che si trovino in condizione di gravissimo disagio economico. Rappresentano, inoltre, sul territorio una rete diffusa di patrimonio immobiliare e monetario che potrebbe essere valorizzata a beneficio di un Fondo Social: in tal senso si sono già avviati contatti con alcuni rappresentanti, che hanno dimostrato interesse al progetto;

- 4) i **Comuni, l'ASL e la Provincia**. Le relazioni attive dei tre Consorzi con tutti i Comuni, la gestione associata dei servizi, le buone relazioni d'integrazione con l'Azienda Sanitaria Locale, il recente riconoscimento dell'autonomia della Provincia del VCO rappresenta un'opportunità per richiedere la partecipazione straordinaria della PA per incrementare il Fondo Social a beneficio dello sviluppo del progetto. Si prevede infatti di proporre alle Assemblee dei Sindaci un contributo annuale di scopo per sostenere il progetto. Inoltre la Provincia del VCO promuoverà come soggetto capofila la partecipazione al prossimo bando Interreg (la pubblicazione è prevista tra dicembre 2015 e gennaio 2016), che prevede per l'Asse 4 lo sviluppo di "Servizi per l'integrazione delle comunità, per favorire l'inclusione sociale quale fattore trainante della crescita e della competitività dell'area di cooperazione, contribuendo così a fornire risposte integrate e di prossimità a favore dei territori più marginali". La dimensione transfrontaliera e l'adozione di un approccio integrato allo sviluppo territoriale possono produrre effetti positivi sia sulla modernizzazione dei sistemi di welfare sia sulla sostenibilità economica di nuovi servizi;
- 5) il mondo dell'**Informazione locale**: è una realtà ben radicata, molto seguita e concentrata in poche testate, che può sostenere lo sviluppo di azioni di comunicazione e sensibilizzazione al progetto e alla raccolta fondi.

Le politiche di fundraising, in un territorio decentrato e connotato dall'assenza di grandi centri, richiedono azioni molteplici che sappiano coinvolgere una pluralità di soggetti diversi.

2. Obiettivi

Per affrontare le problematiche descritte nel contesto sono stati individuati un obiettivo generale e quattro obiettivi specifici che riguardano rispettivamente:

- i destinatari delle azioni progettuali: gli anziani fragili e le famiglie (Obiettivi specifici 1 e 2);
- le risorse umane e strumentali della comunità territoriale da attivare per rispondere con soluzioni articolate, innovative e solidali ai bisogni dei destinatari (Obiettivi specifici 3 e 4).

Obiettivo generale

Il complesso delle trasformazioni economiche, sociali e demografiche che emergono nella rappresentazione del contesto territoriale delinea una serie di problemi per la popolazione anziana fragile causata dalle situazioni di impoverimento, emarginazione e indebolimento dei legami sociali. Si tratta di problematicità, con sfumature diverse nei contesti urbani, periferici e montani, che incidono sulla qualità di vita dei soggetti, contribuiscono all'incremento della percezione di isolamento soggettivo con conseguente deterioramento delle condizioni psico-emotive e carenza di un progetto di vita.

In questo scenario il sistema dei servizi socio-sanitari, che dispone di risorse sottodimensionate, fornisce risposte parziali, focalizzate sulle situazioni di acuzie o emergenziali, e molto spesso frammentate. Una modalità d'intervento che caratterizza peraltro anche il terzo settore, dovuta alla mancanza di formazione adeguata, di una visione comune e di un approccio condiviso al welfare di comunità sia tra gli operatori della rete che più in generale tra la popolazione locale.

L'obiettivo generale è pertanto quello di **ricondurre entro un quadro unitario il problema della fragilità della popolazione anziana per contrastare le situazioni di solitudine e di isolamento e sostenere le famiglie** attraverso la realizzazione di attività di monitoraggio, per intercettare precocemente gli eventi acuti e di prevenzione in ambito sociale e sanitario, per contrastare il decadimento psico-fisico dei soggetti. Obiettivo da raggiungere mediante la ricomposizione della frammentazione dei servizi, la valorizzazione e la messa in rete delle risorse convenzionali e non, secondo una logica di sussidiarietà e integrazione, entro un quadro di ripensamento della governance fondato sullo sviluppo di una cultura di welfare di comunità appropriato e sostenibile.

Obiettivo specifico 1: Mantenere l'anziano fragile nel proprio contesto di vita

Situazione problematica specifica

Il primo obiettivo ha lo scopo di affrontare gli aspetti problematici collegati all'**accesso e alla fruizione dei servizi**, in particolare domiciliari. I feedback raccolti dagli operatori socio-sanitari, nel corso dell'indagine qualitativa citata sulle percezioni degli anziani fragili e delle loro famiglie, evidenziano il senso di disorientamento nell'impatto con la rete dei servizi a causa della scarsa informazione sulle opportunità disponibili, della dispersione delle competenze e della parcellizzazione dell'offerta. Un atteggiamento che si riscontra in particolare nelle soluzioni post ricovero. In questi casi la propensione dell'anziano e della rete familiare è prevalentemente orientata verso opzioni a carattere residenziale a causa della valutazione di inadeguatezza dei servizi domiciliari esistenti e pertanto della difficoltà di optare, senza adeguati supporti, per la permanenza nel proprio contesto di vita.

Obiettivi e cambiamenti attesi

In questo ambito l'obiettivo progettuale si propone di **favorire e sostenere la permanenza dell'anziano fragile nel proprio contesto di vita in condizioni protette attivando soluzioni che facilitino l'interazione con la rete dei servizi comunitari** e l'accesso agli stessi per garantire sia il sostegno e l'accompagnamento, in particolare nella fase di post acuzie, sia un approccio preventivo degli eventi acuti, contrastando in questo modo l'attuale propensione verso soluzioni di tipo residenziale.

Obiettivo specifico 2: Sostenere le famiglie nella gestione della fragilità

Situazione problematica specifica

Il secondo obiettivo è quello di affrontare le **problematicità specifiche della famiglia** e in particolar modo del **caregiver**, molte volte esso stesso anziano, che in assenza di una rete di sostegno strutturata non è in grado di ridistribuire il carico assistenziale e psicologico correlato alla gestione dell'anziano fragile. Un aspetto peraltro aggravato dalla situazione di fragilità economica del territorio che riguarda in particolare i nuclei familiari ultra 65enni.

In sostanza, l'assenza di adeguati sostegni logistici, psicologici e di counseling limita la possibilità per le famiglie di ricorrere ai professionisti della cura orientandole verso soluzioni "fai da te" più economiche ma sicuramente meno qualificate e sostenibili in termini di carichi di gestione.

Obiettivi e cambiamenti attesi

Pertanto l'intento è di **sostenere le famiglie nella gestione quotidiana della fragilità** dei loro anziani attivando soluzioni per alleggerire il carico assistenziale e psicologico del caregiver e per attenuare quello economico, realizzando servizi di prossimità anche in una funzione preventiva degli eventi acuti.

Obiettivo specifico 3: Trasformare il modello organizzativo dei servizi

Situazione problematica specifica

Un altro aspetto di criticità riguarda la scarsa capacità dell'attuale modello organizzativo territoriale della domiciliarità di armonizzare le risposte di natura sociale, sanitaria e solidale, in una prospettiva di sussidiarietà e di integrazione, che ha come riflesso nell'immaginario dell'anziano fragi-

le e delle famiglie la percezione dell'inadeguatezza dei servizi e della frammentazione delle competenze.

Obiettivi e cambiamenti attesi

In questa prospettiva ci si propone di **ridurre la frammentazione dell'offerta di servizi e definire un nuovo modello organizzativo territoriale** per incrementare la capacità di risposta ai bisogni di natura sociale, sanitaria e solidale della popolazione anziana fragile. Un obiettivo da raggiungere grazie alla valorizzazione e armonizzazione delle risorse locali del servizio pubblico, del privato sociale, del sistema famiglia e di quello comunitario nella progettazione e implementazione dei processi di assistenza e cura, entro una prospettiva trasformativa, avvalendosi anche delle opportunità legate alla tecnologia digitale. Il riassetto dei ruoli riguarda in particolare la funzione di progettazione e regia degli interventi sull'anziano, assicurata da una figura qualificata di riferimento per le famiglie, e l'aspetto della prossimità al contesto di vita delle persone.

Obiettivo specifico 4: Co-responsabilizzare e attivare la comunità

Situazione problematica specifica

Il territorio del VCO registra un'**alta percentuale di popolazione anziana con dispersione territoriale nelle zone montane**; questo contesto richiede intense e qualificate azioni di assistenza socio-sanitaria per assicurare una vita serena a tutti gli anziani che presentano, o potrebbero presentare in futuro, condizioni di fragilità. La sensazione di fragilità unita alla necessità di protezione, è spesso percepita più dai familiari, lontani da casa, dai vicini e dai conoscenti, che non potendo intervenire direttamente possono trovare in una rete di aiuto e in una comunità solidale una risposta alle loro attese e preoccupazioni.

Inoltre, la struttura associativa territoriale è spesso frammentata, caratterizzata da una cultura solidaristica di nicchia, con un'età media dei volontari elevata e che entra in relazione con il sistema di welfare in maniera sporadica e non strutturata. Tale frammentazione della rete del volontariato è complementare a quella dei servizi ed è la conseguenza della mancanza di una cultura comune, di formazione adeguata e di un approccio condiviso al welfare di comunità di tutti gli attori della rete fino alla popolazione locale.

Obiettivi e cambiamenti attesi

Un anziano ben assistito a casa propria è una ricchezza per la comunità e una tranquillità per la famiglia. Ripensare al sistema di protezione dell'anziano all'interno dei nuovi meccanismi e stili di vita della nostra società non è una causa banale. L'obiettivo progettuale è pertanto quello di **sensibilizzare, coinvolgere e co-responsabilizzare le risorse convenzionali e non convenzionali della comunità**, grazie alla costruzione di nuove reti solidali in connessione tra loro, attivando iniziative per rafforzare nel tessuto sociale del territorio la cultura del welfare come prima forma di tutela e protezione della popolazione anziana e per evolvere dalla logica della delega a quella della responsabilità nella generazione dei processi di cura.

Le Istituzioni, il privato sociale e quello profit, il volontariato e anche i privati cittadini messi in rete possono dare vita a circoli virtuosi che, oltre a migliorare la qualità dell'assistenza agli anziani, siano in grado di creare nuovi legami solidali a beneficio dell'intera comunità. L'elemento innovativo di questo obiettivo è di pensare alla collettività non più come collettore di problemi, ma come organismo vivo e vitale che si attiva per generare del benessere. In questo senso il paesaggio e la bellezza ambientale diventano una leva che attrae risorse (i turisti) che possono essi stessi diventare attivi nel sostegno del welfare locale. Il legame tra gli anziani e la tutela del patrimonio paesaggistico diventa un'eredità di cui tutti possono godere.

2.1 Soggetti interessati dal cambiamento e tempi attesi

Tutti i promotori sono interessati allo sviluppo delle attività progettuali. In particolare si prevede il coinvolgimento di oltre **200 soggetti dei servizi socio-sanitari** e, attraverso le iniziative dedicate, di circa **350 volontari**. Le attività progettuali prevedono inoltre di raggiungere circa **350 assistenti**

familiari e il Consorzio delle cooperative sociali del VCO al fine di rafforzare il coinvolgimento attivo della cooperazione attraverso la co-progettazione dei servizi comunitari in grado di promuovere nei contesti locali nuove forme di cooperazione e mutualità.

Le attività a regime riguarderanno progressivamente **almeno 700 anziani fragili vulnerabili e altrettanti familiari** mettendo in campo le azioni progettuali previste per il monitoraggio e la prevenzione degli eventi acuti. Inoltre, le tre campagne di comunicazione pianificate (reclutamento volontari, promozione servizi e sensibilizzazione sulla raccolta fondi) raggiungeranno le **oltre 7.000 famiglie** del territorio dell'ASL VCO.

Come precisato nella sezione sulle modalità di realizzazione dell'intervento, nella prima fase, della durata di 9 mesi, saranno avviate le attività di sviluppo degli strumenti previsti dal progetto, sperimentate sulla fascia di **popolazione anziana dipendente** già in carico ai servizi di CISS, ASL e RSA (**circa 2.000 persone**), e saranno definite le modalità per l'attivazione e la sincronizzazione delle risorse convenzionali e non. In questo ambito alcune attività particolarmente critiche, riferite prevalentemente alle soluzioni tecnologiche a supporto del progetto, saranno comunque avviate nell'ultimo bimestre del 2015 al completamento dello *Studio di fattibilità*. Nella seconda fase sarà attivata la sperimentazione di tutti i dispositivi previsti dal progetto verso la popolazione vulnerabile e le loro famiglie che si protrarrà fino alla prima metà del 2017 quando le attività saranno progressivamente messe a regime nelle diverse realtà territoriali.

3. Strategie e modalità di intervento

3.1 Riflessioni sulla scelta della strategia

La proposta progettuale prende forma grazie alla combinazione di tre principali elementi innovativi, che fanno da sfondo all'idea di riqualificare e incrementare le risposte di natura sociale e sanitaria per la popolazione anziana fragile entro un sistema di legami comunitari.

1. In primo luogo, il progressivo **consolidamento di un approccio comunitario al problema delle fragilità**, fondato sul retroterra di alcune esperienze di eccellenza sviluppate dalle comunità locali su obiettivi di utilità sociale. Ne sono un esempio significativo quella della Fondazione Comunità Attiva di Cannobio, basata su un modello di governance finalizzato alla presa in carico comunitaria dei bisogni di cura e inclusione sociale; le iniziative di sostegno alle situazioni di fragilità promosse dal CSSVerbano sia in ambito di raccolta fondi sia nell'attivazione di volontari, risorse che peraltro sono impiegate, in maniera strutturata, anche dal CISS Ossola per attività animative e di socializzazione. Una “propensione comunitaria” che è anche uno degli elementi distintivi delle stesse RSA che, come citato in precedenza, sono caratterizzate da forme giuridiche no profit o gestite direttamente dagli enti pubblici.
2. In secondo luogo, la **consapevolezza della fattibilità di un intervento a favore della popolazione anziana fragile** sostenuto dalle risorse di capitale sociale e dalle tecnologie digitali. Un'opportunità emersa, in particolare, dalla ricerca qualitativa condotta lo scorso anno nel territorio della provincia dal tavolo di lavoro Agenda 2020 in una prospettiva di ricerca-azione. Nello sviluppo dell'idea progettuale sono stati recepiti in particolare i seguenti aspetti emersi dalla ricerca: la messa a fuoco di un modello a tre poli della terza età: i beneficiari (anziani fragili), le risorse di capitale sociale e i clienti (soggetti con possibilità di spesa, portatori di specifici bisogni); la tecnologia percepita come una sorta di enzima che rafforza ed espande la rete sociale che sta attorno all'anziano.

3. In terzo luogo, l'attualità del progetto di **riordino della rete territoriale del Servizio Sanitario Regionale** a livello piemontese, declinato in ambito provinciale in una proposta di articolazione delle reti sanitarie territoriali in 8 AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali): Crevoladossola, Domodossola, Premosello, Gravellona Toce, Omegna, Stresa, Verbania e Cannobio, rispetto agli attuali 3 Distretti di Domodossola, Omegna e Verbania. Tale articolazione ha rappresentato, nella fase di stesura dello *Studio di fattibilità*, un valido supporto per declinare una struttura reticolare di servizi di comunità, fondata sui punti di prossimità, istituiti presso le sedi delle RSA dei segretariati sociali dei CISS, che gravitano entro le reti delle AFT rappresentate nella Fig. 1.

In questa prospettiva le azioni e le relative attività progettuali hanno una duplice finalità: superare l'attuale frammentazione dei servizi per fornire risposte puntuali e coordinate al target della popolazione anziana dipendente e vulnerabile e istituire, con il concorso delle risorse non convenzionali, una rete comunitaria a protezione della popolazione anziana vulnerabile per contrastare il decadimento nella non autosufficienza attivando i servizi elencati nella Tab. 3.

Tab. 3 – Servizi comunitari

Rif.to azioni	Tipologia servizi	Risorse coinvolte
A1	Monitoraggio e sorveglianza	Segnalazione situazioni di fragilità in funzione preventiva Antenne di comunità, volontariato, familiari, medici medicina generale e Care planner
A2	Servizi domiciliari a valenza socio-sanitaria	Infermieristici, riabilitativi, cura della persona e counseling Operatori sociali e sanitari, delle RSA aperte e cooperative sociali
A3	Servizi sociali e alberghieri a sostegno della domiciliarità	Pasti a domicilio, bagni assistiti, lavanderia, residenzialità leggera, trasporti e accompagnamento RSA aperte, cooperative sociali e volontariato
	Registro assistenti familiari	Sperimentazione soluzioni in sharing di condominio o di area Assistenti familiari, CISS, Provincia del VCO
	Servizi a bassa soglia	Corsi di fisica adattata, di stimolazione cognitiva e orti sociali. CISS, RSA aperte, cooperative sociali e associazioni di volontariato
A4	Sostegno relazionale	Servizi di counseling e di mutuo aiuto CISS, RSA aperte
A7	Iniziative di aggregazione e socializzazione	Scambio di buone prassi e università del benessere Associazioni di volontariato e enti locali

L'intento, peraltro, è di sperimentare, nell'ambito della popolazione anziana fragile, un approccio innovativo per spostare l'asse dell'erogazione dei servizi dalle sedi istituzionali, dove le prestazioni sono standardizzate ed erogate in un contesto "freddo", ai luoghi di prossimità delle persone, in un contesto "caldo" e con prestazioni personalizzate.

3.2 Azioni

In questo sezione la descrizione delle singole attività è preceduta da una tabella che illustra il legame di ciascuna all'azione di riferimento e al relativo obiettivo trasformativo. Inoltre, per ogni singola attività viene indicato se l'innovazione che genera è prevalentemente trasformativa (T) o aggiuntiva (A).

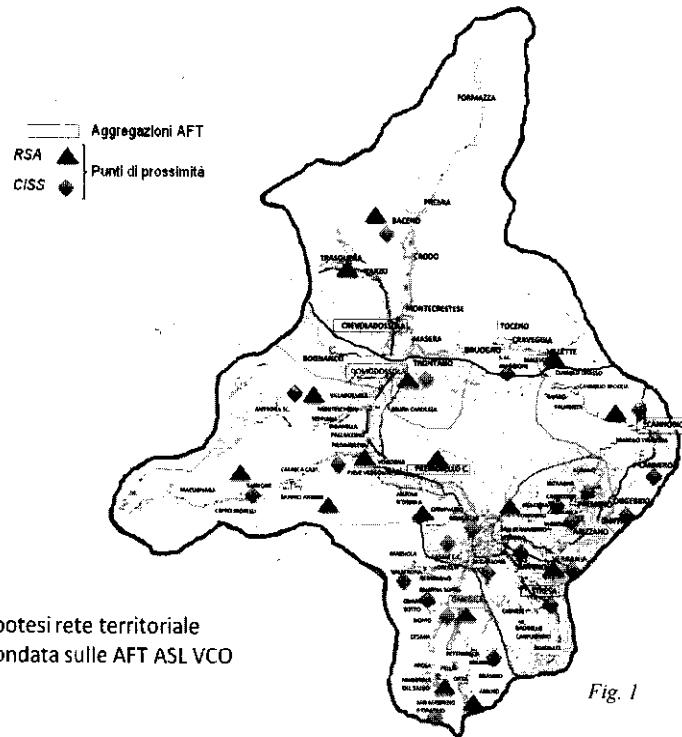


Fig. 1

Le azioni individuate nell'ambito del primo obiettivo specifico (Favorire la permanenza dell'anziano fragile nel proprio contesto di vita in condizioni protette) riguardano: intercettare precoce-mente i bisogni e accompagnare le persone ai servizi appropriati (Azione A1) e innovare l'offerta di servizi domiciliari valorizzando le risorse comunitarie (Azione A2).

Ob.	Azioni	Attività	Descrizione attività	Tipologia attività	
				T = Attività trasformative	A = Attività aggiungitive
1			Favorire la permanenza dell'anziano fragile nel proprio contesto di vita in condizioni protette		
	A1		Intercettare precoce-mente i bisogni e accompagnare le persone ai servizi appropriati		
		1.1	Interviste in profondità e focus group per analisi bisogni popolazione target		A
		1.2	Analisi e sviluppo ICT modello di mappatura delle fragilità	T	
		1.3	Analisi e sviluppo ICT app per la segnalazione eventi critici	T	
		1.4	Istituzione centralino telefonico per segnalazione eventi critici		A
		1.5	Attività ricorrenti segnalazione situazioni di fragilità in funzione preventiva	T	

L'azione A1 ha uno scopo preventivo e si prefigge in particolare di istituire attorno al contesto di vita dell'anziano fragile una rete di monitoraggio e sorveglianza finalizzata alla prevenzione degli eventi acuti. La prima attività (1.1) prevede una fase di analisi dei bisogni della popolazione anziana fragile, preliminare alle altre attività progettuali, attraverso focus e interviste individuali agli attori del progetto, operatori socio-sanitari e volontari nonché a un campione di popolazione anziana fragile e le loro famiglie. Lo scopo di quest'attività è di acquisire tutte le informazioni utili per la messa a punto delle azioni, definite nell'ambito dello *Studio di fattibilità*, per rispondere in maniera adeguata ai bisogni dell'anziano fragile. Le tre attività successive sono espressamente orientate al consolidamento e alla trasformazione della rete di monitoraggio e sorveglianza comunitaria a protezione della popolazione anziana vulnerabile che si avvale di modalità "in presenza", analogiche e digitali. Si tratta in sostanza di monitorare la quotidianità dei soggetti e segnalare un eventuale aggravamento dello stato funzionale o cognitivo attivando in questo modo una ricognizione di un operatore socio-sanitario definito "Care planner" presso il domicilio dell'anziano. Le modalità di sorveglianza e monitoraggio previste sono le seguenti:

- un segnale di allerta generato da uno strumento di mappatura delle fragilità in dotazione ai medici di medicina generale;
- un'apposita funzionalità dell'applicazione sviluppata nell'ambito del progetto per le segnalazioni delle cosiddette antenne di comunità o dei volontari che gravitano nella rete sociale intorno all'anziano o dei familiari stessi;
- un numero verde istituito con il progetto;
- le segnalazioni "in presenza" al Care planner, presso punti di prossimità (luoghi fisici come RSA, sportelli dei CISS, ecc.).

In particolare l'attività 1.2 riguarda lo sviluppo dello strumento di mappatura delle fragilità di cui dotare i medici di medicina generale. Tale attività, che comprende una ricognizione preliminare presso i medici stessi finalizzata allo sviluppo di una soluzione condivisa, ha lo scopo di definire una griglia standardizzata in formato elettronico per il monitoraggio delle situazioni di fragilità. La griglia, che prevede una sezione anagrafica e una di valutazione parametrica sull'ambito relazionale, sullo stato funzionale e cognitivo e l'eventuale regime terapeutico, potrà generare, al raggiungimento di una determinata soglia critica, un segnale di allerta alla centrale operativa per l'attivazione del Care planner di area presso il domicilio dell'utente interessato.

L'attività 1.3 prevede la realizzazione di gruppi ideativi – con il coinvolgimento delle antenne di comunità, volontari, utenti e familiari – per la definizione delle modalità di segnalazione degli eventi critici prevista nella app geolocalizzata del progetto e lo sviluppo ICT. La realizzazione di questa funzionalità rientra nell'ambito dell'area pubblica della soluzione ICT che prevede anche il format di registrazione dei volontari, la promozione dei servizi comunitari e una sezione di promozione e comunicazione degli eventi realizzati e dei servizi disponibili (cfr. Tab.4).

Tab. 4 - Architettura "Area pubblica" soluzione ICT

Principali funzionalità		Interfaccia web	Applicazione
1 Segnalazione richieste ricognizione		Previsto	
2 Data base Risorse di Capitale Umano		Format registrazione	
3 Servizi comunitari (Registro badanti ecc.)		Disponibile	
4 Comunicazione (News, promozione)		Disponibile	Disponibile

L'attività 1.4 riguarda l'istituzione di un numero telefonico dedicato alla segnalazione degli eventi critici e alle eventuali richieste d'intervento a domicilio del Care planner, mentre l'attività 1.5 riguarda le ricognizioni a domicilio che saranno effettuate dallo stesso Care planner in seguito alle segnalazioni delle situazioni di fragilità.

A2		Innovare l'offerta di servizi domiciliari valorizzando le risorse comunitarie		
2.1		Definizione e attivazione in ciascun contesto locale di Servizi domiciliari a valenza socio-sanitaria forniti da soggetti convenzionali, "RSA Aperte" e cooperative sociali	T	
2.2		Erogazione dei Servizi domiciliari a valenza socio-sanitaria forniti da soggetti convenzionali, "RSA Aperte" e cooperative sociali	T	
2.3		Sviluppo ICT del report "Agenda individuale" degli interventi domiciliari, condivisa fra gli attori del contesto locale, accessibile agli utenti in modalità visualizzazione	T	

L'azione A2 è finalizzata a integrare e trasformare l'offerta di servizi domiciliari a valenza socio-sanitaria erogati dai servizi pubblici, valorizzando le risorse delle RSA aperte al territorio e delle cooperative sociali. In questa prospettiva si tratta pertanto di definire un set di servizi erogabili nelle diverse aree comunitarie (attività 2.1), attraverso una ricognizione delle risorse disponibili e la co-progettazione degli interventi, e di procedere in seguito all'erogazione degli stessi agli utenti (attività 2.2). Con l'attività 2.3 si prevede invece lo sviluppo ICT di un report di Agenda individuale degli interventi domiciliari che consenta il coordinamento fra gli attori coinvolti nell'erogazione dei servizi attraverso la UVG aperta a livello delle singole AFT. Tale report sarà disponibile, attraverso la registrazione preventiva sul sito web del progetto, anche alle famiglie degli anziani fragili, al fine di rafforzare la percezione della continuità degli interventi di assistenza e cura a domicilio.

Le azioni individuate nell'ambito del secondo obiettivo specifico (Sostenere le famiglie nella gestione quotidiana della fragilità) riguardano: lo sviluppo di servizi in sharing (Azione A3) e il sostegno relazionale e di empowerment dei caregiver (Azione A4).

Ob.	Azioni	Attività	Descrizione attività T = Attività trasformative A = Attività aggiuntive	Tipologia attività	
				T	A
2		Sostenere le famiglie nella gestione quotidiana della fragilità			
A3		Sviluppo di servizi in sharing			
		3.1 Definizione ed erogazione in ciascun contesto locale di Servizi sociali e alberghieri a sostegno della domiciliarità, valorizzando il ruolo attivo del volontariato della terza età		A	
		3.2 Sviluppo registro assistenti familiari qualificate a livello provinciale, comprese attività di formazione e sensibilizzazione sul ruolo attivo nel sistema comunitario	T		
		3.3 Attivazione sperimentazioni assistenti familiari di condominio o di area		A	
		3.4 Coiprogettazione e gestione servizi a bassa soglia per gli anziani, attraverso nuove forme di cooperazione e mutualità e le reti del volontariato attivo	T		

L'azione A3 si propone di sviluppare un'offerta di servizi in sharing al fine di minimizzare l'impatto economico dell'assistenza all'anziano fragile per le famiglie. Le soluzioni individuate riguardano i servizi sociali e alberghieri, quelli forniti dalle assistenti familiari e quelli a bassa soglia. In questa prospettiva saranno definiti a livello di aree comunitarie (attività 3.1) i servizi sociali e alberghieri a sostegno della domiciliarità erogabili, attraverso nuove forme di cooperazione e mutualità con il concorso delle risorse dei servizi sociali, delle cooperative sociali, delle RSA e la valorizzazione del volontariato attivo della terza età che saranno poi gestiti con "budget territoriali".

Per quanto riguarda le assistenti familiari sarà effettuata una ricognizione a livello territoriale tramite la Provincia del VCO, che gestisce l'attuale registro, per contattare le risorse disponibili per un'attività di formazione finalizzata all'assistenza qualificata dell'anziano fragile e all'interazione con la rete comunitaria creata dal progetto (attività 3.2). Il registro delle assistenti familiari accreditate nell'ambito del progetto verrà pubblicato online sul sito web comunitario e sarà accessibile ai potenziali utenti. Nell'ambito del registro saranno inoltre disponibili anche opzioni di assistenza in sharing di condominio e/o di area con modalità da individuare, per minimizzare l'impatto economico sulle famiglie (attività 3.3). Infine con l'attività 3.4 sarà sviluppata un'azione di coprogettazione e gestione di servizi a bassa soglia, quali: corsi di attività fisica adattata e orti sociali, con il coinvolgimento dei Comuni, dei Consorzi dei servizi sociali, delle cooperative sociali, delle associazioni di volontariato e dei singoli volontari attivi, finalizzati a coinvolgere gli anziani fragili.

A4		Sostegno relazionale e di empowerment dei caregiver		
	4.1	Definizione e avvio servizi di counseling e supporto alle famiglie nella gestione della fragilità e mediazione familiare intergenerazionale		A
	4.2	Diffusione servizi di mutuo aiuto e alleggerimento dal carico di cura	T	

L'azione A4 ha lo scopo di attenuare il carico psicologico del caregiver nella gestione quotidiana della fragilità della popolazione anziana fragile. Le attività specifiche previste riguardano l'istituzione di un servizio di counseling e supporto psicologico (attività 4.1) attivato nell'ambito delle aree comunitarie con il concorso delle risorse dei Consorzi sociali, dell'ASL e delle RSA aperte e la promozione di servizi di mutuo aiuto e alleggerimento dal carico di cura (attività 4.2), sul modello delle esperienze di "Alzheimer Cafè", sviluppati con il concorso delle risorse di volontariato attivo del territorio.

Le azioni individuate nell'ambito del terzo obiettivo specifico (Ridurre la frammentazione dell'offerta dei servizi e definire un nuovo modello di organizzazione territoriale) riguardano: la definizione di un nuovo modello di governance (Azione A5) e lo sviluppo di un nuovo sistema reticolare e coordinato di offerta di servizi (Azione A6).

Ob.	Azioni	Attività	Descrizione attività	Tipologia attività	
				T	A
3			Ridurre la frammentazione dell'offerta dei servizi e definire un nuovo modello di organizzazione territoriale		
	A5 Definire di un nuovo modello di governance				
		5.1	Definizione sistema di governance territoriale e attivazione funzioni di direzione integrata e decentrata	T	
		5.2	Individuazione funzioni integrative di project management che include il Project fundraising	T	
		5.3	Attivazione dispositivo di governance finalizzato alla realizzazione delle attività di fundraising decentrate	T	

L'azione A5 ha lo scopo di definire un modello innovativo di governance declinato nella sezione successiva. Le attività prevedono innanzitutto una fase preliminare nella quale i partner della rete del progetto dovranno definire un sistema di governance territoriale decentrato e coordinato con un livello strategico e uno operativo (Attività 5.1). A livello operativo sarà definita una struttura organizzativa di project management (attività 5.2) che agirà su mandato dei rispettivi livelli di governance, costituita da un Project manager, che ha competenza sull'intero progetto, e dai Network manager che opereranno a livello delle singole AFT in rapporto con i Care planner delle aree comunitarie. Nella struttura di project management è prevista anche la presenza del Project fundraising al fine di armonizzare le attività relative alla raccolta fondi con quelle progettuali. L'attività 5.3 prevede l'attivazione del dispositivo di governance per la realizzazione delle attività di fundraising decentrate che si articola in un livello centrale di governo costituito dalle 3 Fondazioni erogative partner, un garante di una PA partner, una rappresentanza dell'associazionismo già attivo sul fundraise-

sing. Questo livello strategico si interfaccia a livello funzionale con il governo di progetto attraverso il Project fundraiser.

A6		Sviluppare un nuovo sistema reticolare e coordinato di offerta di servizi		
	6.1	Definizione procedure per l'accesso alla rete dei servizi e di regole e strumenti condivisi per l'erogazione degli stessi	T	
	6.2	Attivazione punti di prossimità a livello di aree comunitarie a sostegno della domiciliarità	T	
	6.3	Definizione profilo, formazione e attivazione figure di Network manager e Care planner		A
	6.4	Sviluppo soluzione ICT e interfaccia web di pianificazione risorse e relativa formazione agli operatori		A

L'azione A6 prevede lo sviluppo di un sistema reticolare e coordinato di offerta di servizi per contrastare l'attuale situazione di frammentazione. In questo senso si intendono sviluppare risposte a livello di procedure, regole di accesso, di articolazione territoriale dei servizi e di sincronizzazione delle risorse. Si tratta, innanzitutto, di definire un modello condiviso di accesso alla rete dei servizi e dell'erogazione degli stessi (attività 6.1) attraverso lo strumento del PAI in accordo con l'Unità di Valutazione Geriatrica. Nella fase preliminare del progetto sarà inoltre istituita una struttura decentrata di UVG aperta, articolata sulle 8 aggregazioni funzionali AFT, in grado di fornire i servizi a valenza socio-sanitaria a sostegno della domiciliarità definiti dai PAI. Al fine di assicurare risposte immediate e puntuali ai bisogni degli utenti a livello delle aree comunitarie sarà istituita una funzione di Care planner che agirà per conto della UVG aperta elaborando un PAI provvisorio e la relativa Agenda individuale.

Le modalità e le procedure di accesso alla rete dei servizi, così definite, saranno pubblicizzate adeguatamente nell'ambito della popolazione di riferimento anche attraverso l'interfaccia web previsto dal progetto.

A livello di articolazione territoriale saranno identificati e attivati, in corrispondenza delle aree comunitarie, punti di prossimità (Attività 6.2), presso le sedi delle RSA o dei segretariati sociali, che dovranno rappresentare il riferimento per gli utenti e la struttura organizzativa per l'erogazione dei servizi a sostegno della domiciliarità.

La gestione delle risorse umane ed economiche necessarie per l'erogazione dei servizi stessi sarà effettuata dalla funzione di Network manager che avrà una competenza su tutte le aree comunitarie nell'ambito della AFT di riferimento (attività 6.3).

Per quanto riguarda l'integrazione e sincronizzazione delle risorse socio-sanitarie le attività previste sono finalizzate ad assicurare agli utenti servizi strutturati e coordinati. In questo ambito l'obiettivo è mettere a fuoco le modalità ottimali per l'erogazione dei servizi domiciliari, avvalendosi anche delle tecnologie digitali e, in particolare, di uno strumento dedicato di pianificazione delle risorse aggregate in funzione della domanda anch'essa aggregata (attività 6.4). Si tratta di consolidare un processo, sperimentandolo dapprima sul bacino degli anziani "dipendenti" (in una prima fase circa 1.000, a regime 2.000) già noti e a carico dei servizi, entro il primo semestre del progetto, per estenderlo in seguito alla fascia degli anziani "vulnerabili", a partire dal quarto trimestre (a regime circa 300 per anno). Queste attività prevedono una ricognizione preliminare sui diversi standard di cartelle socio-sanitarie adottate nei 3 Distretti ASL e nei 3 Consorzi CISS. Dopo aver definito con gli operatori un modello condiviso di cartella utente - che prevede una sezione anagrafica e le prescrizioni specialistiche associate - le informazioni native saranno importate e ottimizzate entro un unico data base (DB utenti) del sistema di pianificazione sviluppato nell'ambito del progetto.

In parallelo saranno aggregate in un secondo data base (DB risorse) le risorse dell'ASL e dei CISS che operano nell'ambito della domiciliarità. La pianificazione dell'erogazione dei servizi - oggi svolta manualmente - sarà effettuata direttamente dal sistema sincronizzando il fabbisogno delle prestazioni da erogare con la disponibilità delle risorse sulla base della frequenza temporale, della tipologia di prestazione richiesta, del domicilio dell'utente e del territorio di competenza. Il sistema di pianificazione, che si avvale di banche dati aggregate a livello di territorio dell'ASL VCO, sarà

governato tramite un'interfaccia web realizzata sul requisito condiviso con gli operatori. La pianificazione puntuale delle risorse verrà effettuata in prima battuta dalle centrali operative decentrate negli attuali 3 distretti e successivamente a livello delle 8 AFT. L'ingaggio delle risorse avverrà, sulla base della pianificazione stabilita, attraverso un'applicazione sincronizzata col sistema, disponibile sugli smartphone in dotazione agli operatori. Gli interventi effettuati saranno infine "smarcati" dallo smartphone dell'operatore tramite un QR code disponibile al domicilio dell'utente. Questa modalità sarà adottata progressivamente per le prestazioni erogate dal personale delle "RSA aperte" e, in via sperimentale, anche per le risorse di volontariato. In questa prospettiva sarà pertanto realizzato un terzo database delle risorse di capitale umano (DB RCU) che verranno attivate con le stesse modalità previste per gli operatori dei servizi o, in alternativa, avvalendosi della messaggistica cellulare. La realizzazione di queste funzionalità rientra nell'ambito dell'area operatori della soluzione ICT che prevede inoltre la gestione delle richieste di ricognizione del Care planner e il report di agenda individuale degli interventi domiciliari (cfr. Tab. 5).

Tab. 5 - Architettura "Area operatori" soluzione ICT

Principali funzionalità	Interfaccia web	Applicazione
1 Pianificazione risorse	Back office: pianificazione	Front office: notifica interventi
2 Richieste ricognizione Care planner	Gestione richieste	Notifica richieste
3 Report Agenda individuale utente	Disponibile	

Le azioni individuate nell'ambito del quarto obiettivo specifico (Corresponsabilizzare e attivare la comunità) riguardano: il potenziamento e l'attivazione della rete comunitaria attraverso iniziative divulgative e di sensibilizzazione (Azione A7), le strategie di comunicazione (Azione A8) e quelle per incrementare le risorse a sostegno della progettualità (Azione A9).

Ob.	Azioni	Attività	Descrizione attività	Tipologia attività	
				T	A
4			Corresponsabilizzare e attivare la comunità		
	A7		Potenziare e attivare la rete comunitaria attraverso iniziative divulgative di sensibilizzazione e lo sviluppo del protagonismo degli anziani attivi		
		7.1	Gruppi Ideativi per lo sviluppo soluzione ICT		A
		7.2	Promozione e sviluppo di iniziative che valorizzino il protagonismo dell'invecchiamento attivo (es. università del benessere, scambio e diffusione di buone pratiche) e connessione con attività animate e culturali dei contesti locali		A
		7.3	Formazione degli attori non convenzionali della rete sul progetto (antenne di comunità, volontari, famiglie)		A

L'azione A7 ha lo scopo di potenziare la rete comunitaria attraverso iniziative divulgative e di sensibilizzazione sul tema dell'invecchiamento attivo. Il primo strumento individuato in questa direzione è quello del coinvolgimento di risorse comunitarie, attraverso gruppi ideativi (Attività 7.1) per la realizzazione dell'Area pubblica dell'interfaccia web e dell'applicazione. Un'attività che ha lo scopo di individuare una modalità facilmente accessibile ai destinatari per le informazioni sui servizi rilasciati dal progetto e sugli obiettivi raggiunti.

Le altre attività prevedono la promozione di iniziative di aggregazione e socializzazione, rivolte anche a soggetti prossimi all'età pensionabile, che valorizzino l'invecchiamento attivo (università del benessere, scambio di buone pratiche) nonché la connessione al progetto di attività animate già in corso nei contesti locali (Attività 7.2) proiettando così nella comunità la rappresentazione della terza età come una risorsa e non come un problema. Tali attività saranno realizzate prevalentemente dalle organizzazioni e dalle risorse di volontariato che in questo modo, nell'ambito del progetto, oltre a contribuire ai servizi strettamente connessi con l'assistenza e la cura degli anziani fragili, svolgeranno un'azione di attivazione della comunità locale e una preventiva e di protagonismo ideativo e realizzativo.

Tab. 6 - Piano di formazione risorse del progetto

Argomento formazione	Numero risorse	Network mng e Care planner	Sanitarie e sociali	Volontari	Familiari	Assistenti familiari
Relazione e rete servizi				350	180	350
Cura della persona					180	350
Media education	35		150	350	180	350
Sistema di pianificazione	35		150			
Normative di sicurezza				350	180	350
Di funzione		35				

Gli attori non convenzionali che aderiranno alle iniziative progettuali saranno essi stessi coinvolti, al pari degli operatori socio-sanitari, in attività formative (cfr. Tab. 6) relative alla rete dei servizi, alla media education per gli aspetti relativi alla tecnologia e alle normative di sicurezza e di sensibilizzazione sugli obiettivi del progetto (Attività 7.3). Il coinvolgimento del CREMT dell'Università Cattolica nelle attività formative è anche finalizzato a misurare l'impatto della tecnologia nel progetto attraverso un'attività di ricerca.

A8	Strategie di comunicazione		
8.1	Comunicazione per intercettare le risorse di capitale umano		A
8.2	Comunicazione promozione dei servizi territoriali realizzati		A
8.3	Comunicazione per le azioni di fundraising		A

L'azione A8 riguarda le strategie di comunicazione che dovranno fornire un valido supporto per il coinvolgimento delle risorse umane - antenne di comunità e volontariato solidale - (Attività 8.1) ed economiche (Attività 8.3) e per la promozione nell'ambito della comunità locale dei servizi rilasciati con il progetto (Attività 8.2). Queste campagne di comunicazione saranno realizzate attraverso un percorso comune. In una prima fase si prevedono gruppi ideativi con un campione del target di riferimento per sviluppare una comunicazione espressamente orientata ai destinatari. In una seconda fase sarà avviata la campagna vera e propria con la realizzazione e la diffusione dei materiali promozionali. Al fine di qualificare le campagne di comunicazione è inoltre prevista la consulenza di un'agenzia di comunicazione.

In particolare, la campagna destinata al coinvolgimento delle risorse di capitale umano sarà effettuata nella fase iniziale del progetto per consentire il loro coinvolgimento nelle attività progettuali. Infine quella relativa alle azioni di fundraising (Attività 8.3) dovrà tener conto anche del target innovativo che è stato individuato nella mappatura del patrimonio relazionale e precisamente i turisti italiani e stranieri.

A9	Incrementare le risorse a sostegno della progettualità		
9.1	Ideazione e realizzazione di eventi/ strumenti di raccolta fondi diretti a residenti o turisti sensibili o beneficiari del progetto o grandi donatori (es. eventi eno-gastronomici, gadget di progetto, campagne per donazioni e testamenti solidali)		A
9.2	Sensibilizzazione e fidelizzazione del sistema imprenditoriale produttivo e turistico-ricettivo attraverso azioni di responsabilità sociale.		A
9.3	Mappatura e monitoraggio delle opportunità offerte da Fondazioni o da SOMS		A
9.4	Attività di fundraising per diversificare le fonti di finanziamento (finanziamento di scopo Comuni e altre PA, bandi europei o transnazionali)		A

L'azione A9 promuove interventi per incrementare le risorse a sostegno della progettualità che confluiranno in un *Fondo VCO Social* alimentato da alcune attività che spaziano da eventi progettati per i turisti all'ideazione e promozione di gadget di progetto (attività 9.1) alla fidelizzazione del sistema produttivo locale (attività 9.2) attraverso azioni di promozione della responsabilità sociale dell'impresa; dalla mappatura, monitoraggio e ricerca di opportunità (attività 9.3) offerte da altri soggetti finanziatori (bandi europei, fondazioni, gestori di servizi tecnologici, società di mutuo soc-

corso), all'attivazione della rete associata dei Comuni per l'istituzione di un contributo di scopo per alimentare il *Fondo VCO Social* (Attività 9.4).

3.2 Modalità di realizzazione

Per quanto riguarda le modalità di realizzazione l'impianto progettuale è articolato in due fasi precedute da un'attività di ricognizione con interviste e focus group a livello territoriale, sviluppata da ricercatori in stretta connessione con i partner del progetto, condotta nel primo mese di progetto e finalizzata all'analisi dei bisogni.

In una primà fase saranno avviate le attività di sviluppo degli STRUMENTI previsti dal progetto e verranno definite le modalità per l'attivazione e la sincronizzazione delle RISORSE. Nella seconda fase è previsto il rilascio dei SERVIZI messi a punto nella fase precedente.

La prima fase prevede tre livelli di attività condotte con modalità partecipative con il coinvolgimento di tutti gli attori del progetto.

Il *primo livello* (della durata di circa 3 mesi) è dedicato allo **sviluppo del modello di governance territoriale** delineato nello *Studio di fattibilità*. Il tema della governance, declinato nel paragrafo successivo, riguarderà la definizione di un modello fondato su una struttura reticolare con un sistema di governo e le relative funzioni organizzative. Tale processo prevede incontri di gruppo tra i partner progettuali (6 incontri in 3 mesi) preceduti da una ricognizione preliminare.

Il *secondo livello* (in parallelo al primo e della durata di circa 5/6 mesi) è rivolto all'**integrazione e sincronizzazione delle risorse dei servizi**:

- innanzitutto sarà messo a punto, con il coinvolgimento dei partner del progetto (si prevedono nel periodo 8 incontri), un sistema di gestione e di offerta dei servizi domiciliari a valenza socio-sanitaria e di istituzione dei nuovi servizi basato su procedure e regole condivise. Questo sistema sarà fondato sulla sperimentazione di un approccio innovativo alla gestione dei casi attraverso un modello di UVG decentrata, declinato a livello delle AFT. In questa prospettiva nelle aree comunitarie verranno attivati dei punti di prossimità, indicativamente secondo un rapporto di 1:2-3, nei quali sarà operativa una funzione di Care planner;
- in secondo luogo, verrà affrontato l'aspetto della sincronizzazione delle risorse grazie alla partecipazione di circa 150 operatori dei servizi di ASL e Consorzi, che avverrà con il supporto delle tecnologie digitali e di un sistema di pianificazione. Tale attività, condotta da sviluppatori selezionati nella fase di avviamento, sarà preceduta da una ricognizione preliminare sui sistemi e le modalità in uso con il coinvolgimento attivo degli operatori e culminerà con il rilascio della soluzione ICT a ridosso del quarto trimestre. La sincronizzazione riguarderà in un secondo momento anche le risorse delle RSA aperte e quelle non convenzionali.

Il *terzo livello* di attività della prima fase (sviluppate anche queste nei primi 9 mesi) riguarda le azioni mirate al **coinvolgimento delle risorse comunitarie** che avverrà:

- con modalità tradizionali attivando i contatti con le organizzazioni di volontariato e le cooperative sociali del territorio;
- con una campagna promozionale sviluppata in ambito ASL VCO entro il primo trimestre del progetto, con la supervisione di un'agenzia di comunicazione, rivolta a singoli soggetti disponibili a sostenere i servizi di supporto e a istituire la rete di sorveglianza delle antenne di comunità, preceduta da una fase ideativa.

Infine, ancora nella prima fase di sviluppo:

- sarà avviata la progettazione di un sistema decentrato di servizi di prossimità con il coinvolgimento delle risorse del volontariato e del terzo settore;
- verrà istituito un registro delle assistenti familiari, disponibile online, qualificate attraverso appositi percorsi formativi per la gestione dell'anziano fragile e l'interrelazione con la rete comunitaria;
- saranno promosse iniziative di aggregazione e socializzazione per valorizzare il ruolo attivo della persona anziana in una prospettiva di risorsa per la comunità.

Una volta messi a punti gli STRUMENTI e i SERVIZI e attivate le RISORSE nella seconda fase, tra il terzo e il quarto trimestre, potranno essere **attivati tutti i dispositivi** della proposta progettuale. In corrispondenza di questa data è prevista pertanto una campagna di comunicazione rivolta a tutta la popolazione del territorio dell'ASL VCO orientata alla promozione dei servizi sviluppati nell'ambito del progetto e delle modalità per accedervi e usufruirne.

Pertanto a regime il **meccanismo di presa in carico** della popolazione anziana vulnerabile sarà il seguente:

- attraverso la rete di monitoraggio e sorveglianza predisposto nelle aree comunitarie, le situazioni a rischio saranno segnalate o dai volontari (punti mobili della rete) o dalle antenne di comunità (punti fissi della rete, quali: negozianti, farmacisti e altri soggetti di riferimento sociale per la popolazione anziana) o dai familiari alla centrale operativa costituita a livello di singole AFT che provvederà ad allertare il Care planner dell'area comunitaria di riferimento;
- a seguito di questa segnalazione lo stesso Care planner effettuerà una ricognizione presso il domicilio dell'utente segnalato per una valutazione preliminare;
- qualora fosse confermata la situazione di rischio il Care planner, agendo per conto della UVG di riferimento, potrà stabilire la presa in carico della persona elaborando un PAI provvisorio e un'Agenda degli interventi, determinando tipologia e frequenza degli interventi a domicilio da erogare, in accordo con la centrale operativa e con il Network manager di riferimento.

La presa in carico degli anziani vulnerabili potrà ovviamente avvenire anche attraverso l'accesso diretto alla rete dei servizi nei punti di prossimità secondo le modalità che saranno pubblicizzate nel corso della campagna di comunicazione.

Il progetto prevede infine **azioni trasversali** a carattere culturale rivolte alla sensibilizzazione della popolazione in generale sul tema della prevenzione e dell'invecchiamento attivo e di disseminazione dei risultati del progetto rivolti anche ai pubblici decisorи. Queste azioni prevedono in particolare cicli di attività formative dedicati ai diversi target di popolazione, iniziative di aggregazione e socializzazione per la popolazione della terza età sviluppate da organizzazioni di volontariato e iniziative rivolte alla raccolta fondi.

3.3 Strategia di comunicazione e fundraising

Aiutare una persona anziana a invecchiare bene a casa propria significa migliorare la sua qualità di vita e offrire un aiuto alle famiglie e alla comunità intera. Riteniamo che l'obiettivo generale del progetto sia altamente spendibile come "Buona Causa" (BC) in sé, ai fini della raccolta fondi, nei confronti dei target individuati come prioritari sul territorio dell'ASL VCO. In particolare:

- I privati cittadini sono, come famiglie, direttamente toccati dal problema. Un anziano seguito (e curato) a casa consente di dare un aiuto a tutti i familiari, permettendo una migliore conciliazione del tempo vita-lavoro-famiglia anche in un territorio ad alta dispersione territoriale e con importanti percentuali di lavoratori pendolari.
- Gli Enti pubblici e privati sono molto consapevoli che il territorio ha caratteristiche tali da rendere ancora più complicata la vita degli anziani.

Nei confronti delle imprese, forse, la BC non è così forte di per sé, ma il tessuto imprenditoriale locale, caratterizzato da piccole/medie imprese, spesso di natura familiare, più che da multinazionali, ha radici molto forti e un'affezione per il territorio, per cui è possibile motivarle a fare qualcosa che la Comunità (intesa come un insieme significativo di soggetti pubblici e privati) rappresenti loro come prioritario per il territorio.

Le azioni di comunicazione e di fundraising previste sono finalizzate a creare il Fondo VCO Social, che alimenterà in parte le azioni a sostegno della domiciliarità e, oltre i tre anni del progetto, anche il nuovo sistema di welfare locale: il *Fondo VCO Social* è pensato in capo alla Fondazione Comunitaria del VCO, partner del progetto e capofila del Governo del fundraising.

La strategia della comunicazione e del fundraising parte quindi dal valorizzare la Buona Causa nei confronti dei target prioritari, fondata su alcuni elementi caratteristici del territorio: il sistema

famiglia/comunità è ancora elemento vivo a livello decentrato e quindi è una risorsa di capitale umano da mettere a sistema per garantire che la cura delle persone che invecchiano resti nei contesti abitativi familiari; l'elevata attrattività dei contesti ambientali può diventare una risorsa che alimenta il sistema sociale e dei servizi di cura agli anziani.

- Le **famiglie dei beneficiari** potranno essere ambasciatori della buona causa presso la comunità, veicolando l'acquisto del prodotto simbolo del progetto. L'idea è quella di creare in collaborazione con la Cooperativa Sociale Divieto di Sosta di Verbania, che integra detenuti ed ex detenuti nel laboratorio di pasticceria Banda Biscotti - rete Eataly, Coop e Altromercato (www.bandabiscotti.it) - un prodotto dolciario che diventi "gadget del progetto": per es. "Il biscotto della 'nonna'" stile Antonio Banderas. Il gadget è pensato per essere vendibile nelle fiere di paese o nelle iniziative dedicate di fundraising, ma anche può diventare prodotto quotidiano per la prima colazione presso le residenze per anziani partner della rete. L'obiettivo è duplice: promuovere il progetto e alimentare il *Fondo VCO Social*.
- La presenza di una rete capillare di **associazioni di volontariato**, che svolgono fundraising a scopo benefico individuando di volta in volta destinatari differenti, può permettere forme di partenariato utili al raggiungimento di molte persone in uno stesso appuntamento e alla raccolta di risorse finanziarie da canalizzare al *Fondo VCO Social* (cfr. scheda Mappatura patrimonio relazionale, sezione rete territoriale e di comunità).
- La mappatura del patrimonio relazionale evidenzia la presenza nel territorio di **potenziali grandi donatori** (proprietari di patrimoni immobiliari di pregio, anziani con capacità di risparmio e liberi professionisti con capacità di spesa), verso cui verrà sviluppata una campagna di comunicazione mirata per donazioni e testamenti solidali per alimentare il *Fondo VCO Social*.
- Sul territorio è presente una rete di **imprese che aderiscono al marchio "Lago Maggiore Social"** (circa 70 PMI), ideato e coordinato dalla Camera di Commercio del VCO per riconoscere alle aziende del territorio il ruolo svolto in tema di responsabilità sociale e di attenzione all'impatto ambientale (per esempio inserimento di soggetti svantaggiati o scelte che favoriscono il risparmio energetico o riducano l'inquinamento). Il sistema delle imprese, anche quello ricettivo-alberghiero, può avere beneficio di immagine dal marchio e può essere attivato alla buona causa attraverso progetti di volontariato aziendale rivolto agli anziani oppure tramite l'acquisto del gadget di progetto da omaggiare alle maestranze in occasione delle festività.
- Il piano di fundraising intende inoltre valorizzare la gestione associata dei servizi, ben radicata nel territorio, chiedendo a tutti gli 84 Comuni attraverso le Assemblee Consortili di sostenere il *Fondo VCO Social* con un "contributo di scopo" di 0,50 centesimi per abitante a partire dal 2016. Questo consente di valorizzare 85K€ l'anno, pari a 255K€ nei tre anni.
- I **mass media locali** verranno coinvolti non solo con funzioni di promozione e comunicazione, ma saranno anche soggetti attivi di fundraising attraverso azioni concrete, ad esempio prevedendo un prezzo maggiorato delle testate settimanali che diffondono una brochure di presentazione del progetto (ad es. Eco Risveglio ha 11.000 abbonamenti al prezzo maggiorato di 0.50/unità = 5.500 x 2 edizioni anno x 2 anni = 22.000€).

Il piano di fundraising dovrà infine considerare l'elemento innovativo rappresentato dalla **presenza turistica**, in modo che le azioni saranno realizzate nei periodi e nei luoghi di maggiore afflusso (sul Lago in estate e nelle Valli in inverno). Il territorio e il paesaggio sono leve che rendono attrattivo il VCO: i meravigliosi ambienti naturali, urbanizzati in una dimensione compatibile con una buona qualità di vita, sono i luoghi elettivi per sviluppare sensibilizzazione e comunicazione rivolta al benessere e alla cura delle persone, dato confermato dai risultati della XXII edizione della ricerca "Ecosistema Urbano" di Legambiente e Sole 24 Ore, pubblicato il 26 ottobre 2015, che indica Verbania al primo posto della classifica nazionale sulla vivibilità ambientale dei capoluoghi di provincia, davanti a Trento e Belluno.

In particolare si ipotizza di proporre alle Associazioni di Categoria e agli operatori del settore turistico di istituire un contributo addizionale volontario sulla permanenza degli ospiti, valorizzando la destinazione social del contributo al Fondo dedicato. Si punterà su una consistente opera di in-

formazione per far conoscere in tutto il territorio i contenuti e le finalità del progetto. Materiale informativo, pensato anche per il target degli stranieri, che massicciamente frequenta il territorio, sarà distribuito presso gli sportelli e le sedi degli enti partner e presso i luoghi di grande passaggio (stazioni ferroviarie e dei traghetti, stazioni sciistiche, uffici turistici, strutture ricettive-alberghiere, Villa Taranto e le Isole Borromee...).

Infine, come evidenziato nella Tabella Risorse e Opportunità diversi partner hanno consolidate esperienze nella partecipazione a bandi europei, Interreg Italia Svizzera, fondazioni bancarie che diventano strategiche per ricercare sostegni mirati alle azioni di welfare previste.

I tempi di realizzazione sono: 4 mesi per definire la governance del fundraising, individuare il Project fundraiser e far approvare dal Governo di progetto le regole di funzionamento del *Fondo VCO Social*. I restanti mesi per progettare, realizzare e implementare le azioni.

4. Governance del progetto

4.1 Assetto del partenariato

L'opportunità del bando “Welfare di comunità e innovazione sociale” si presenta in una fase di particolare fermento a livello territoriale originato dalla presenza di alcune precondizioni favorevoli al ripensamento dell'assetto attuale di governance del sistema di offerta dei servizi. In particolare occorre evidenziare da un lato la volontà degli attori convenzionali e non convenzionali di affrontare le politiche di welfare con un approccio unitario e attraverso inedite alleanze e interazioni; dall'altro l'orientamento della Regione Piemonte verso l'integrazione socio-sanitaria e lo sviluppo della domiciliarità a favore della popolazione fragile in una prospettiva di welfare comunitario.

L'attuale assetto di governance è fondato su un modello che risale agli anni novanta e che prevede un'organizzazione separata tra competenze sanitarie e sociali e il frazionamento territoriale fra 3 distretti sanitari e 3 consorzi sociali (cfr. Fig. 2). Peraltro, se pure l'ambito sanitario opera entro l'unica cornice organizzativa dell'ASL VCO, i tre Consorzi agiscono in maniera del tutto indipendente avendo come riferimento i rispettivi organismi associati delle Amministrazioni comunali di bacino.

Un modello organizzativo che si ripercuote anche sul funzionamento degli altri attori non pubblici che dovranno interagire con un sistema frammentato devono posizionarsi entro un modello distributivo senza elaborare un approccio al sistema di welfare di più ampio respiro.

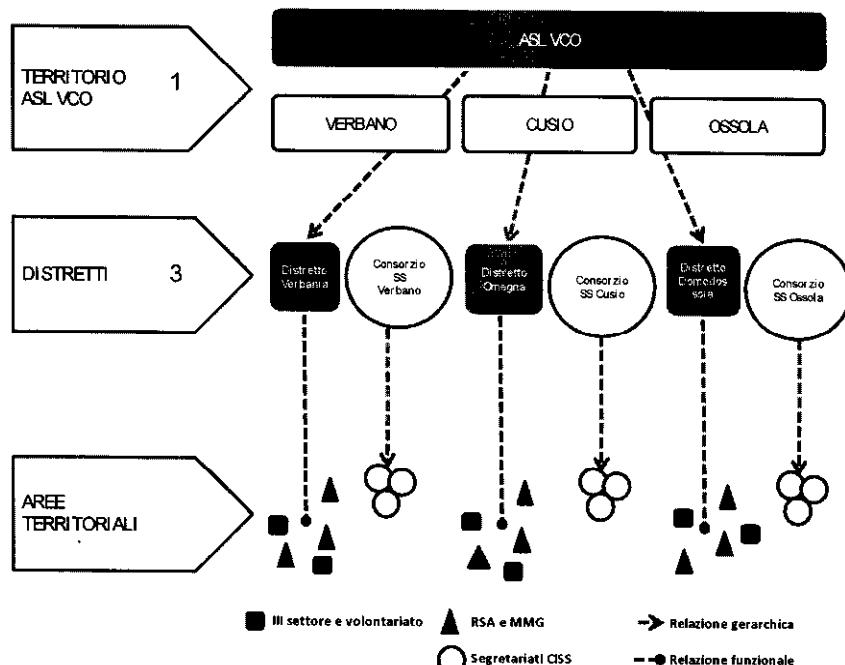
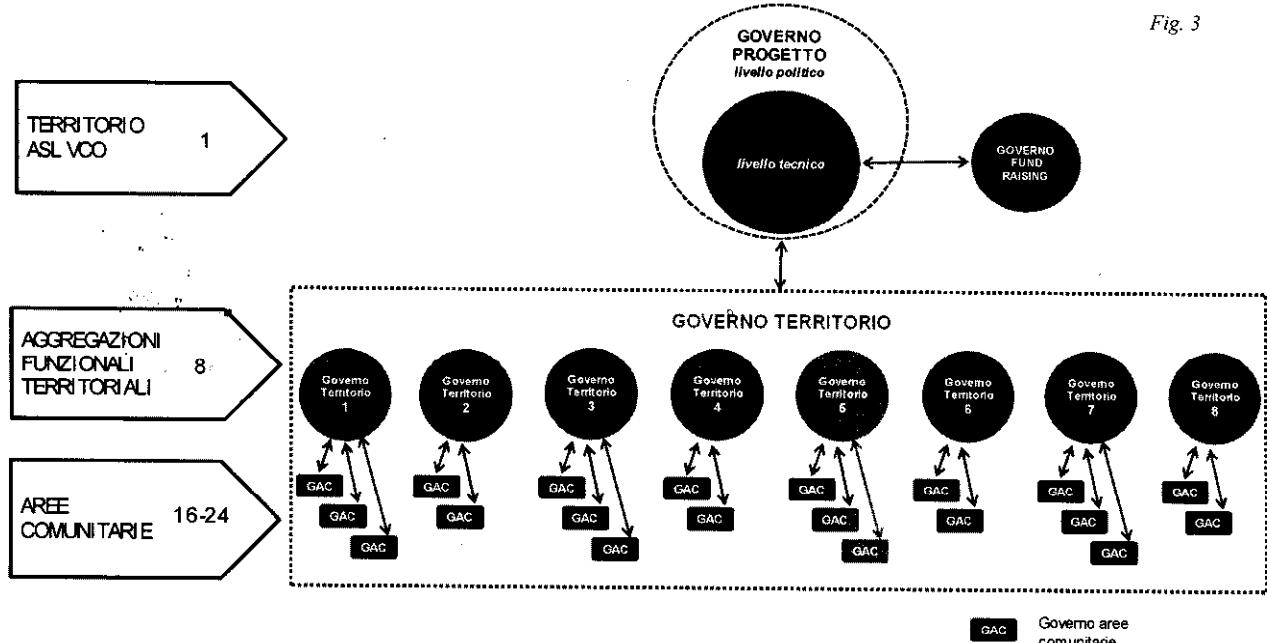


Fig. 2

Fig. 3



Il sistema di governance pensato per il progetto (cfr. Fig. 3) vuole perciò rappresentare un segno di cambiamento rispetto alla situazione attuale sperimentando un assetto che consenta di ri-progettare e ri-generare le risposte ai bisogni della popolazione anziana fragile in un orizzonte comunitario entro una struttura di governance ricomposta su scala provinciale, abbandonando le logiche settoriali, grazie a un'idea che integra le risorse attive a livello territoriale.

Questo sistema di governance innovativo si fonda su due livelli: quello strategico di Governo di progetto e quello operativo di Management di progetto.

Il livello strategico, entro il quale interagiscono i partner e gli attori che in itinere concorrono alla progettazione e attivazione delle azioni progettuali, prevede tre diverse articolazioni territoriali.

Innanzitutto il **Governo di progetto** un organismo a geometria variabile, con competenza su tutto il territorio dell'ASL VCO, che può assumere una configurazione ristretta o allargata.

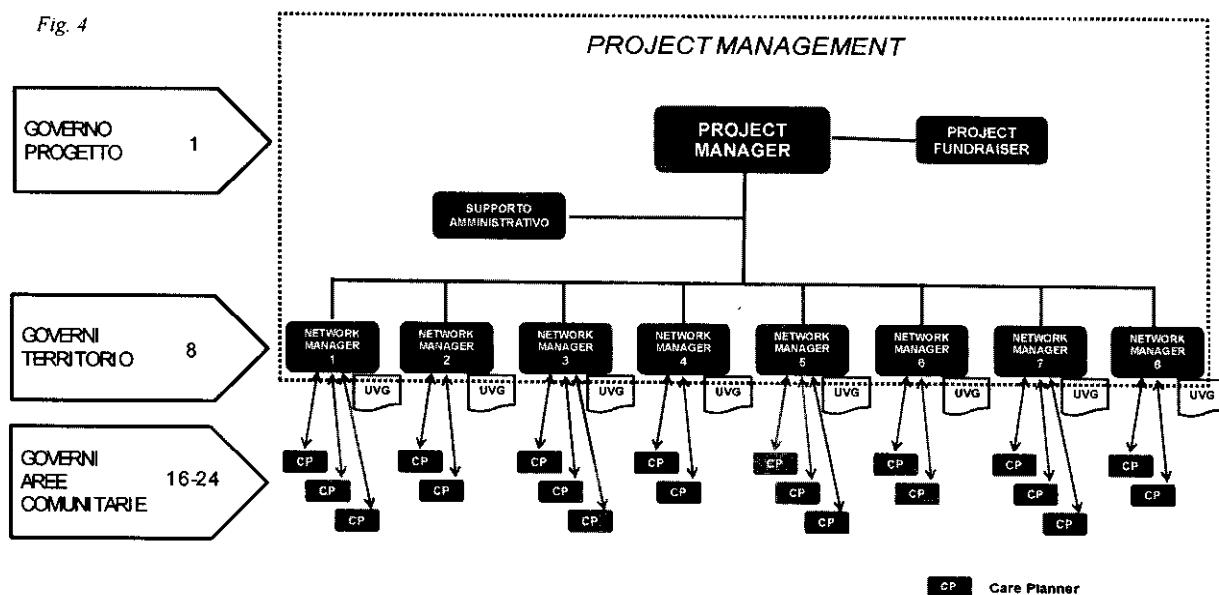
Di norma questo organismo, coordinato dal capofila, è costituito dai rappresentanti di tutti i partner tecnici e si avvale del supporto delle funzioni di project management. Si riunisce periodicamente (incontri almeno bimestrali, a regime) su convocazione del coordinatore e ha il compito di controllo e monitoraggio delle azioni progettuali per verificare la loro coerenza con gli obiettivi stabiliti anche al fine di elaborare le eventuali contromisure per le attività critiche. Il Governo di progetto tiene i rapporti con Fondazione Cariplo e gli altri finanziatori, coordinando inoltre i rapporti amministrativi fra partner. Inoltre il Governo di progetto si interfaccia con il Governo di fundraising per allineare le azioni di raccolta fondi funzionali alla realizzazione degli obiettivi.

Periodicamente, una o due volte l'anno, il Governo di progetto prevede momenti di confronto allargati ai politici e amministratori locali degli aderenti alla rete per verificare in itinere la coerenza del progetto stesso con le politiche del territorio e di area (quali per es. la riorganizzazione sanitaria), per monitorare i risultati delle azioni progettuali e, in particolare, la loro incidenza sul ricorso improprio ai servizi per acuzie. In questa prospettiva è prevista anche l'organizzazione di un evento periodico pubblico di raccordo tra il progetto e la comunità territoriale, quale per es. una conferenza annuale di disseminazione dei risultati conseguiti attraverso le azioni progettuali.

Al governo di progetto fanno riferimento gli 8 **Governi di territorio** che hanno competenza nell'ambito delle singole AFT. Sono composti dai rappresentanti dei soggetti, convenzionali e non, attivi nei rispettivi ambiti territoriali nella progettazione ed erogazione dei servizi a valenza socio-sanitaria, sociali e alberghieri, a bassa soglia e di sostegno relazionale. È a questo livello che si sostanzia il cambiamento degli attuali assetti e processi di governance, esplicitato dalla composizione dell'organismo nel quale si condividono competenze e risorse disponibili per co-progettare ed atti-

vare i servizi comunitari e gli attori della cura. Questo livello di governo rappresenta il luogo strategico dove le attività domiciliari vengono definite e pianificate, anche grazie anche al supporto delle tecnologie digitali. Inoltre in questo ambito si realizza un'altra cruciale innovazione: l'apertura della UVG alla partecipazione di diversi attori del sistema di cura territoriale. Il Governo di territorio è coordinato dai rispettivi Network manager, una funzione di estrazione socio-sanitaria individuata nell'ambito delle risorse in carico ai partner che interagisce da un lato con il Project manager e dall'altro lato con il Care planner.

Ai governi di territorio fanno riferimento i rispettivi **Governi di aree comunitarie** che saranno definite nell'ambito di ciascuna AFT sulla base delle strutture presenti e delle risorse disponibili nelle aree stesse, indicativamente secondo un rapporto di 2-3 aree comunitarie per ciascuna AFT. Rispetto ai governi di territorio quelli di area comunitaria svolgono un ruolo più marcatamente operativo e di prevenzione degli eventi acuti in una prospettiva di prossimità ai contesti di vita dei destinatari delle azioni progettuali. In particolare costituiscono la base operativa per l'erogazione dei servizi sociali e alberghieri, quelli a bassa soglia e per l'organizzazione delle iniziative di aggregazione, socializzazione e di attivazione e partecipazione comunitaria. Rappresentano inoltre il punto di riferimento per l'accesso ai servizi da parte degli utenti, grazie all'allestimento dei "punti di prossimità" che fungeranno da sede logistica del Care planner oltre che da riferimento per le richieste di intervento presso gli utenti effettuate dalla rete di monitoraggio e sorveglianza costituita dalle antenne di comunità, i volontari o i familiari stessi. Il Governo di area comunitaria è un organismo permanente ed è di norma coordinato dalla funzione di Care planner.



Nella prospettiva di assicurare una gestione efficace, snella e funzionale delle attività progettuali, in sede di *Studio di fattibilità* ci si è orientati per prevedere una struttura di **project management** (cfr. Fig. 4) in grado di assicurare la realizzazione operativa delle azioni progettuali a livello territoriale. Si tratta di una struttura di carattere organizzativo che di fatto sgancia i diversi livelli di governo dagli aspetti più squisitamente operativi, permettendo di concentrare l'attenzione sul monitoraggio e il controllo delle attività progettuali, dilatando i momenti di lavoro che potranno essere più allargati e maggiormente focalizzati sull'elaborazione delle strategie di progetto.

Questa struttura di management è costituita da un Project manager, da un Project fundraiser, dagli 8 Network manager, che interagiscono con i rispettivi Care planner, e si avvale di una funzione di staff di supporto amministrativo del capofila. Le funzioni del project management, di nuova istituzione rispetto all'assetto attuale, partecipano all'organismo di Governo di progetto.

In particolare il **Project manager** è, al pari del Project fundraiser, una figura, finanziata dal progetto, con competenze manageriali che ha il compito di assicurare la realizzazione degli obiettivi stabiliti secondo la pianificazione delle attività definite e nel rispetto dei vincoli di budget e di quali-

tà, coordinando il gruppo di lavoro di project management. Il PM avrà in carico la gestione del budget delle attività con una competenza e un impatto sull’intero progetto quali: lo sviluppo delle soluzioni ICT, le attività di promozione e comunicazione, quelle formative e il coordinamento delle azioni finalizzate alla definizione delle procedure per l’accesso alla rete dei servizi e l’assetto della rete organizzativa del progetto. Il PM dipende gerarchicamente dalla Governance di progetto.

Il **Network manager** è una funzione di estrazione sociale o sanitaria con competenze gestionali, parzialmente finanziata dal progetto, qualificata da un’apposita formazione di management, da individuare nell’ambito delle risorse già in carico ai partner. Ha il compito di assicurare, al pari del PM, nella propria aggregazione territoriale di competenza, la realizzazione degli obiettivi e delle attività progettuali coordinando le risorse e il budget di territorio e interagendo in particolare con la funzione del Care planner. Il Network manager dipende gerarchicamente dal governo di territorio e funzionalmente dal PM.

Il **Care planner** è una funzione di estrazione socio-sanitaria, da individuare nell’ambito delle risorse dei partner e interamente cofinanziata dagli stessi, che viene qualificata da un percorso formativo finalizzato a consolidare competenze trasversali nell’ambito della valutazione geriatrica e che agisce nelle aree comunitarie in coordinamento con la UVG aperta, attraverso l’elaborazione del PAI. Ha un rapporto funzionale con l’Unità di Valutazione Geriatrica stessa e con il Network manager di territorio e coordina i Governi di area.

4.2 Governo di Fundraising

La frammentazione territoriale e organizzativa del VCO rischia di essere rappresentata anche nelle azioni di raccolta fondi del territorio. Dalla scheda della mappatura del patrimonio relazionale emerge una ricchezza di organizzazioni e opportunità che, nonostante rappresenti un grande segno di fecondità e di attivismo, può esporre il settore sociale alla parcellizzazione delle attività e degli interventi. La frammentazione se da un lato salvaguarda le identità specifiche, dall’altro limita la capacità di efficacia nell’azione e crea un “mercato” eccessivamente concorrenziale.

Per questo nel pensare alla **Governance della raccolta fondi** si è ideata un’alleanza di organizzazioni che operano per la buona causa comune. Pertanto accanto al Governo di Progetto si costituirà un Governo della raccolta fondi che, facendo leva sull’operare per una causa sociale comune, sarà in grado di accrescere potenzialità di raccolta e opportunità. In questo senso la Governance della raccolta fondi rappresenta un elemento di grande innovazione per il territorio, avendo l’obiettivo di ridurre anche in questo ambito il rischio di eccessiva frammentazione.

La struttura di fundraising prevede la partecipazione della Fondazione Comunitaria del VCO, principale fondazione di comunità del territorio con un ruolo di soggetto capofila della Governance di Fundraising e luogo terminale delle donazioni; la Fondazione Vita Vitalis, fondazione del territorio con una specifica finalità di sostegno alle azioni rivolte alla popolazione anziana e la Fondazione Comunità Attiva di Cannobio che rappresenta un esempio emblematico di fondazione di comunità in un territorio decentrato e prevalentemente montano. Accanto alle tre Fondazioni il Governo del fundraising prevede la partecipazione di un rappresentante della Pubblica Amministrazione e di un rappresentante del mondo associativo, scelti tra i partner.

La tesi che si vuole riprodurre a livello di governance è che l’organizzazione della raccolta fondi non sia marginale ma complementare agli obiettivi e azioni del progetto e funzionale ai diversi livelli politico-strategico, tecnico-strategico e operativo. Il terminale della raccolta fondi è la Fondazione Comunitaria del VCO, presso cui verrà costituito il *Fondo VCO Social*, alimentato dalle azioni di raccolta fondi ipotizzate dal progetto. La Governance del fundraising, di concerto con la Governance di progetto, sottopone all’Assemblea dei Soci il regolamento del funzionamento della raccolta fondi, nonché i criteri e le modalità di redistribuzione delle risorse ai partner per sostenere le azioni. A livello operativo è prevista l’individuazione di un **Project fundraiser** che affianchi il Project manager e coordini le azioni di fundraising sul territorio delle 8 aggregazioni funzionali in collaborazione con i Network manager.

5. Piano economico

La valorizzazione delle attività progettuali effettuata nel corso dello *Studio di fattibilità* conferma sostanzialmente la stima di costi per la progettualità triennale elaborata nella I fase di Call for Ideas con un valore totale pari a 1.898K€ (cfr. Tab. 7) così articolato:

Tab. 7 – Valorizzazione attività progettuale

Voci di spesa	Acquisto di arredi e attrezzature	Personale strutturato	Prestazioni professionali di terzi	Materiale di consumo	Spese correnti	Altre spese gestionali	Totale K€
Totale K€	12,0	591,3	921,4	87,4	31,4	6,0	1.898,0
	0,6%	31,2%	48,5%	4,6%	1,7%	0,3%	

Uno dei risultati più significativi raggiunti dai partner nel corso della elaborazione dello *Studio di fattibilità* è stato quello di concordare le responsabilità delle azioni progettuali e le relative quote di budget “territoriale”, da utilizzare direttamente o affidate in gestione a terzi, per l’erogazione di servizi sulla base delle competenze e specificità di ciascuno in una prospettiva di co-progettazione e di co-produzione tra pubblico e privato. La sintesi del piano economico sviluppato con queste premesse è presentata sia a livello di aggregazione di partner sia per macro attività progettuali (cfr. Tab. 8). Rispetto all’aggregazione per tipologie di partner il piano economico è così articolato:

- **Partner pubblici:**

- ⇒ *Provincia del VCO*, capofila (budget assegnato di 493,3K€): coordinamento del progetto e dei tavoli del livello strategico, rendicontazione (13,0K€), gestione delle attività con competenza sull’intero progetto per gli incarichi (225,9K€) e per gli appalti (248,5K€);
- ⇒ *Servizi pubblici* (i 3 CISS, ASL VCO e le 4 RSA pubbliche con budget assegnato di 775,5K€): progettazione ed erogazione dei servizi previsti dal progetto. Si segnala che la quota di prestazioni di terzi in carico ai servizi pubblici (511,7K€) è destinata alle cooperative sociali che saranno coinvolte nella progettazione ed erogazione dei servizi e nelle attività di governance attraverso la modalità dell’appalto e/o della coprogettazione;

- **Privato sociale** (4 RSA, Associazione Centri del VCO e Università Cattolica con budget assegnato di 416,4K€): progettazione ed erogazione dei servizi e attività di ricerca;
- **Associazioni** (budget di 109,6K€): progettazione e sviluppo servizi sociali e a bassa soglia e promozione di iniziative di aggregazione, socializzazione, promozione dell’attivazione comunitaria, nonché attività di ricerca;
- **Fondazioni** (budget di 103,2K€): attività di fundraising e promozione dell’attivazione comunitaria.

Relativamente alle macro attività progettuali, delle quali sono messi in evidenza gli importi di budget più significativi, il piano economico prevede:

1. **Servizi rivolti agli utenti** (importo totale di 1.022,2K€, pari al 53,8%): prevenzione eventi acuti, servizi a valenza socio-sanitaria, sociali e alberghieri, a bassa soglia, di counseling, mutuo aiuto, assistenti familiari e iniziative di aggregazione e socializzazione. Tali servizi saranno progettati ed erogati grazie all’interazione tra i partner pubblici, il privato sociale e l’associazionismo.
2. **Governance e sincronizzazione servizi** (importo totale di 593,5K€, pari al 31,5%): attività legate allo sviluppo della nuova governance e le funzioni di management (in particolare Project e Network manager per un valore di 118,1K€). Per quanto riguarda la sincronizzazione dei servizi, la voce di spesa più rilevante è riferita allo sviluppo della soluzione ICT (248,5K€), investimento che resterà a disposizione del sistema territoriale anche al termine del progetto.
3. **Attivazione della comunità** (importo totale di 277,4K€ pari al 14,7%): attività formative rivolte alla comunità; sviluppo delle due campagne di comunicazione rivolte alle famiglie del territorio finalizzate al reclutamento volontari (22K€), alla promozione dei servizi rilasciati con il progetto e delle iniziative di aggregazione e socializzazione sviluppate dalle associazioni di volontariato (25K€); attività destinate alla ricerca fondi a carico del capofila (con 60K€ destinati al Project

fundraiser e 28K€ per le campagne di comunicazione) e delle Fondazioni (60K€ per la realizzazione degli eventi di raccolta fondi).

Tab. 8 – Macro attività per tipologia di partner

Macro attività							Totale K€
	Valenza sociosan.	Altri do-micil.	Governo	Sincron. Servizi	Iniziative com.rie	Fundr.ing	
1 Partner pubblici di cui:	389,1	227,9	241,2	261,3	59,8	89,7	1.268,9
Personale strutturato	5,1	64,3	106,7	6,8	6,9		189,8
Risorse destinate al terzo settore	384,0	79,9	62,4		4,7		531,1
Altri impegni		83,7	72,0	254,5	48,2	89,7	548,0
2 Privato sociale e Università	214,6	80,7	92,6	3,4	25,1		416,4
3 Associazionismo		69,9			39,7		109,6
4 Fondazioni Comunitarie		40,0				63,2	103,2
Totale K€	603,7	418,4	333,7	264,6	124,6	152,8	1.898,0
	31,8%	22,0%	17,6%	13,9%	6,6%	8,1%	

Rispetto all’innovazione delle azioni progettuali, il 59% delle attività è di tipo trasformativo e il 41% aggiuntivo. In questo senso occorre precisare che il personale in forza al partenariato è stato valorizzato esclusivamente per la quota parte riferita alla trasformazione di compiti e mansioni, quali quelli associati all’attività di “RSA aperte” (servizi socio-sanitari, alberghieri e sociali a domicilio) e alle funzioni di Network manager e Care planner, oggi non esistenti.

Per quanto riguarda le fonti di finanziamento (cfr. Tab. 9) occorre evidenziare che i partner di progetto hanno attivato una serie di azioni anche a livello istituzionale per garantire una copertura intorno al 45% del costo del progetto. Tali iniziative sono state rivolte in tre direzioni:

- previsione di un contributo pari al 10% del valore delle attività a carico di ciascun partner privato;
- impegni di spesa in conto contributi manifestati dai seguenti partner: ASL VCO 35K€, CSSVerbania 15K€, CISS Cusio 10K€, e Fondazione Vita Vitalis 10K€;
- sviluppo di un programma articolato di raccolta fondi dettagliato nelle sezioni precedenti;
- sensibilizzazione dei partner istituzionali sui benefici delle ricadute delle azioni progettuali sulle politiche sociali e sanitarie rivolte alla popolazione anziana;
- ricerca di altre opportunità di finanziamento compatibili con gli obiettivi progettuali.

Tab. 9 - Coperture del progetto

Coperture	Valorizz. risorse pro-prie	Contributi e finan-ziameni	Fundraising	Fondazione Cariplo	Totale K€
Totale K€	322,7	235,3	300,0	1.040,0	1.898,0
	17,0%	12,4%	15,8%	54,8%	

Il valore della raccolta fondi previsto è di 300K€ (50 il I anno, 100 il II e 150 il III). Quello relativo ai contributi è di 305,3K€ e comprende gli impegni di spesa dei partner, quelli di Regione Piemonte (50K€), del Comune di Verbania (20K€) e l’ulteriore copertura di 165,3K€ legata ai bandi europei. In particolare il programma di cooperazione transfrontaliera Italia-Svizzera 2014-2020 citato che prevede nell’asse 4 della programmazione una progettazione finalizzata alla modernizzazione dei sistemi di welfare e alla sostenibilità economica di nuovi servizi. In questa direzione sono stati avviati contatti con il Segretariato tecnico del programma ed è già stato individuato il partner transfrontaliero. Occorre infine sottolineare che il contributo delle risorse di volontariato coinvolte nelle attività progettuali, come indicato nelle linee guida, non è stato valorizzato. In questo senso si prevede che, sulla base di un coinvolgimento di circa 350 soggetti, nel triennio saranno sviluppate da queste risorse oltre 32.000 ore di interventi, per un controvalore stimato di oltre 380K€.

L’importo totale del contributo richiesto a Fondazione Cariplo è pertanto di 1.041,6K€ pari al 54,9% del valore del progetto.

5. Sostenibilità

La sfida della sostenibilità delle azioni messe in campo con la proposta progettuale oltre il triennio di contribuzione di Fondazione Cariplo è stato un elemento di confronto ricorrente tra i partner in particolare nella fase di avvio dello *Studio di fattibilità*.

Nel corso della fase di definizione del progetto un'analisi più approfondita della domanda dei servizi della popolazione ultra 65enne ha consentito di segmentare l'ambito degli anziani fragili nelle seguenti categorie:

- ⇒ gli anziani dipendenti che devono ricorrere al sostegno dei servizi o delle assistenti familiari sui quali sono stanziate la quasi totalità delle risorse pubbliche e private con un costo medio unitario di circa 19,6K€ per anno (cfr. Tab. 10);

Tab. 10 - Risorse economiche per la popolazione anziana dipendente

	a. Servizi residenziali	b. Servizi privati	c. Servizi dom.ri + famiglie
Numero anziani dipendenti	800	3.400	800
Onere annuale presa in carico	23K€	18K€	N.D.
Media annuale pro capite (a; b)		19K€	

- ⇒ gli anziani vulnerabili caratterizzati da una condizione precaria di autonomia e pertanto suscettibili, senza adeguati sostegni, di decadere, talvolta in maniera repentina, nella non autosufficienza con la conseguente presa in carico dei servizi e con oneri a carico delle famiglie.

Inoltre, una successiva analisi sulla struttura e sulle dinamiche delle risorse pubbliche stanziate in questa direzione ha consentito di delineare una precisa strategia di sostenibilità che ha rafforzato la convinzione che un'efficace azione preventiva messa in campo verso la popolazione vulnerabile possa generare anche un ritorno dal punto di vista economico sulla spesa a carico della collettività.

In questa prospettiva è stata perciò effettuata un'elaborazione sui costi associati al progetto al fine di quantificare l'importo di messa a regime dei servizi istituiti.

I valori economici relativi alle macro attività progettuali della Tab. 8 sono stati scomposti e aggregati nelle categorie di costi non ricorrenti e ricorrenti (cfr. Tab. 11).

Tab. 11 - Costi non ricorrenti netti

Costi del progetto (K€)	Triennalità progettuale	Su base annuale (a regime)
Costo totale	1.898	
Costi non ricorrenti:	567	
- <i>Ricerche qualitative di avviamento</i>	40	
- <i>Campagne promozionali</i>	75	
- <i>Attivazione servizi e nuova governance</i>	83	
- <i>Management progetto</i>	120	
- <i>Sviluppo soluzione ICT</i>	249	
Riduzione costi ricorrenti:	207	
- <i>Stabilizzazione funzione Network manager</i>	116	
- <i>Stabilizzazione funzione Care planner</i>	91	
Costi ricorrenti netti	1.124	375

I costi non ricorrenti sulla triennalità riguardano: le attività di ricerca (40K€), quelle relative alla promozione e comunicazione (75K€) e quelle finalizzate alla sincronizzazione dei servizi e allo sviluppo del nuovo sistema di governance (83K€), lo sviluppo della soluzione ICT (249K€), ma anche le stesse funzioni di management (236K€) finalizzate alla realizzazione delle attività progettuali che

vanno inquadrare come un investimento per l'avviamento di una nuova modalità di funzionamento del sistema dei servizi che dovrà essere messo a regime dopo il triennio.

Una considerazione a parte va fatta per la funzione del Care planner che nel progetto è stata valutata 91K€ e che verrà messa a regime dopo il triennio, restando in ogni caso come eredità del progetto. Dalle valutazioni effettuate nel corso dello *Studio di fattibilità* è stato determinato che il concorso delle risorse di volontariato nell'erogazione dei servizi socio-solidali ha anche la finalità di alleggerire il carico di lavoro delle risorse convenzionali dalle attività di supporto, attualmente svolte dai CISS, consentendo a queste ultime di stornare quote del loro tempo lavoro verso prestazioni specifiche a valenza socio-sanitaria. Questa quota di tempo lavoro potrebbe pertanto essere investita per le attività di Care planner senza comportare costi aggiuntivi per i servizi stessi.

Detratti dal costo totale del progetto le attività non ricorrenti, il problema della sostenibilità si pone pertanto per un valore economico nell'ordine di 1.124K€ sulla triennalità ovvero 375K€ su base annuale.

Quali fonti possono essere individuate per sostenere a regime le azioni progettuali così declinate dal punto di vista economico? Le ipotesi di lavoro sono le seguenti:

- ⇒ il consolidamento di una quota di raccolta fondi annuale, al netto degli oneri per l'organizzazione degli eventi, di almeno 80K€ per anno;
- ⇒ la previsione di una quota di partecipazione ai servizi da parte degli utenti in forma diretta o attraverso somme stanziate dagli enti locali;
- ⇒ e, principalmente, la riconversione di quota parte della spesa pubblica socio-sanitaria destinata alla popolazione anziana non autosufficiente, a partire dal contributo pro-capite di 0.5€ che sarà richiesto annualmente ai Comuni del territorio e sul quale nella fase conclusiva dello *Studio di fattibilità* si è registrata la convergenza di alcuni partner pubblici (quali: il Comune di Verbania, i CISS e la stessa ASL), ma anche il sostegno manifestato dalla Regione Piemonte.

In questa sede ci vogliamo soffermare in particolare sul tema della riconversione della spesa pubblica. Assunto come riferimento il dato di 375K€ come controvalore per il mantenimento delle attività messe in campo dal progetto verso un bacino di 300 soggetti vulnerabili per anno, l'incidenza unitaria risulta di circa 1,3K€ a fronte di un costo medio unitario di assistenza e cura di una persona anziana dipendente di 19K€ (cfr. Tab. 10).

Anche nell'ipotesi di rafforzare nel futuro gli interventi a favore della popolazione vulnerabile, per esempio mettendo a sistema un servizio di assistenti familiari in sharing o intensificando i servizi domiciliari, appaiono comunque evidenti i benefici anche in termini economici delle azioni preventive per contrastare o quantomeno rallentare il decadimento nella non autosufficienza della popolazione anziana vulnerabile. Con tutte le cautele di un'analisi preliminare, va da sé la conclusione che rallentare anche di un solo anno il decadimento può generare un risparmio di costi a livello di collettività molto pronunciato.

Si tratta quindi di sensibilizzare gli stessi decisori pubblici e la comunità territoriale in questa direzione sottolineando i benefici che nel medio periodo le azioni progettuali possono indurre non solo sulla razionalizzazione ed efficientamento del sistema di assistenza e cura ma altrettanto per quanto riguarda una riduzione dei costi associati.

In questa prospettiva i partner di progetto, in fase di stesura dello *Studio di fattibilità*, hanno fissato come obiettivo l'elaborazione di un indicatore economico definito Return On Prevention, sulla falsa riga del ROI utilizzato in ambito aziendale, per misurare e monitorare il ritorno economico delle attività messe in campo dal progetto sulla riduzione dei costi a carico dei servizi socio-sanitari e delle famiglie, associati alla cura e all'assistenza della popolazione anziana fragile, al fine di orientare la riqualificazione della spesa pubblica e privata rispetto alle attuali modalità di erogazione.

7. Autovalutazione della candidatura

L’analisi SWOT elaborata da Fondazione Cariplo nella I fase della Call for Ideas è stata un valido strumento per il gruppo di lavoro per approfondire e precisare alcuni aspetti della proposta progettuale. In particolare l’esplicitazione dei punti di debolezza e delle minacce ha rappresentato uno stimolo per affrontare alcune rigidità consolidate tra gli attori pubblici e privati. Inoltre, nel corso della redazione dello *Studio di fattibilità* è intervenuto, come elemento di stimolo esterno, il progetto di riordino della rete territoriale del Servizio Sanitario Regionale che ha consentito di declinare con più precisione un’architettura progettuale funzionale al lavoro di comunità.

Entrando nel merito delle raccomandazioni di Fondazione Cariplo illustriamo le nostre considerazioni rispetto ai **fattori critici di debolezza** e, a seguire, alle minacce dell’analisi SWOT.

Per quanto riguarda il *difficile equilibrio tra estensione territoriale e lavoro di comunità* occorre evidenziare che l’idea di una rete territoriale articolata in aree comunitarie, istituite entro la struttura organizzativa delle AFT, ha consentito di identificare i “punti di prossimità” decentrati come riferimento per gli utenti per l’accesso e l’erogazione dei servizi. Emblematica in questo senso è la presenza in questi luoghi del Care planner, figura di raccordo tra servizi e utenti. Questa stessa struttura territoriale ha rappresentato peraltro una risposta efficace alle criticità evidenziate sull’assetto della *governance territoriale* che nella proposta progettuale è articolata a tre livelli (ASL VCO, AFT e aree comunitarie), è partecipata e coordinata da una struttura organizzativa che garantisce l’interazione tra i governi centrali e quelli periferici.

Relativamente all’*innovazione sui servizi* occorre evidenziare come la logica che ha guidato la proposta progettuale sia costituita dall’istituzione di servizi di carattere trasformativo orientati prevalentemente alla prevenzione degli eventi acuti, anziché al potenziamento di quelli di assistenza e cura, spostando nel contempo l’orizzonte di riferimento dei servizi connessi dal target tradizionale degli anziani dipendenti a quello innovativo dei vulnerabili in una prospettiva, appunto, di prevenzione. Gli aspetti relativi all’*aggancio della popolazione* sono stati affrontati prevedendo campagne mirate di promozione e comunicazione, ideate peraltro con un ruolo attivo dei destinatari, finalizzate al coinvolgimento di risorse di volontariato, alla promozione dei servizi istituiti con il progetto e alla sensibilizzazione della popolazione locale e turistica sul tema del fundraising. Inoltre è previsto il concorso della popolazione, in particolare con le antenne di comunità e il volontariato, a livello di aree comunitarie per istituire una rete di monitoraggio e sorveglianza.

Per quanto riguarda le **minacce esterne** occorre innanzitutto rilevare come la *scarsa propensione del territorio a lavorare insieme* e l’*eccessiva centralità del pubblico* siano stati temi molto dibattuti all’interno del gruppo. In questa direzione si sono registrate aperture importanti in particolare sul rapporto tra pubblico e privato anche se va ribadito che un’integrazione reale è ancora da raggiungere. In ogni caso l’esperienza dello *Studio di fattibilità* è stata particolarmente incoraggiante e l’eventuale sviluppo del progetto potrà rappresentare un terreno di reale sperimentazione grazie in particolare ai tavoli di lavoro e alle modalità partecipative individuati nel sistema di governance.

La possibile minaccia rappresentata dalla *riforma del sistema sanitario* è diventata senz’ombra di dubbio una grande opportunità e uno straordinario impulso all’elaborazione del progetto che ha suscitato l’attenzione della stessa Regione Piemonte manifestata dal sostegno dell’Assessorato alle Politiche sociali della famiglia e della casa.

Infine occorre ribadire che anche la *tecnologia*, declinata concretamente nell’ambito delle singole azioni progettuali, grazie al confronto instaurato nel tavolo di lavoro fra competenze tecniche e di processo, si è trasformata in itinere in una reale opportunità suscettibile di ulteriori implementazioni per il futuro. Come evidenziato nel rapporto di ricerca di Agenda 2020, citato nelle pagine precedenti, si è progressivamente consolidata l’idea della tecnologia come enzima che rafforza ed espande la rete sociale costruita intorno all’anziano fragile.

La metafora dell’enzima è in fondo quella che rappresenta in maniera più efficace il lavoro sviluppato dai partner di progetto che, con lo sviluppo dello *Studio di fattibilità*, hanno messo in moto un processo virtuoso che ci auguriamo produca buoni risultati.

Descrizione		
1.1	Interviste in profondità e focus group per analisi bisogni popolazione target	Utenti e Caregiver, MMG, Operatori SocioSanitari (SS), privato sociale
1.2	Analisi e sviluppo ICT modello di mappatura delle fragilità	Famiglie, antenne di comunità, volontari
1.3	Analisi e sviluppo ICT app per la segnalazione eventi critici	MMG, Operatori SS
1.4	Istituzione centralino telefonico per segnalazione eventi critici	Antenne di comunità, MMG, operatori servizi domiciliari
1.5	Attività ricorrenti segnalazione situazioni di fragilità in funzione preventiva	Famiglie, antenne di comunità, volontari
2.1	Definizione e attivazione in ciascun contesto locale di Servizi domiciliari a valenza socio-sanitaria forniti da soggetti convenzionali e "RSA Aperte"	Operatori ss
2.2	Erogazione dei Servizi domiciliari a valenza socio-sanitaria forniti da soggetti convenzionali e "RSA Aperte"	Operatori ss
2.3	Sviluppo ICT del report "Agenda individuale" degli interventi domiciliari, condivisa fra gli attori del contesto locale, accessibile agli utenti in modalità visualizzazione	Anziani fragili
3.1	Definizione e attivazione in ciascun contesto locale di Servizi sociali e alberghieri a sostegno della domiciliarità (es. pasti a domicilio, bagni assistiti, trasporti, lavanderia, residenzialità leggera, ecc.)	Famiglie anziani fragili
3.2	Sviluppo registro assistenti familiari qualificate a livello provinciale, comprese attività di formazione e sensibilizzazione su ruolo attivo nel sistema comunitario.	Famiglie anziani fragili
3.3	Attivazione sperimentazioni assistenti familiari di condominio o di area	cooperative sociali e associazionismo locale
3.4	Coprogettazione e gestione servizi a bassa soglia per gli anziani, attraverso nuove forme di cooperazione e mutualità (attività fisica adattata, orti sociali, corsi stimolazione cognitiva, ecc.)	Anziani fragili
4.1	Definizione e avvio servizi di counseling e supporto alle famiglie nella gestione della fragilità e mediazione familiare intergenerazionale	Famiglie e anziani fragili
4.2	Diffusione servizi di mutuo aiuto e alleggerimento dal carico di cura	Famiglie e anziani fragili
5.1	Definizione sistema di governance territoriale comprensivo di funzioni di direzione integrata e decentrata	Famiglie e anziani fragili
5.2	Individuazione funzioni integrative di project management	Operatori ss, antenne di comunità e volontari
5.3	Attivazione dispositivo finalizzato alla realizzazione delle attività di fund raising decentrate	
6.1	Definizione procedure per l'accesso alla rete dei servizi e di regole e strumenti condivisi per l'erogazione degli stessi	Utenti e Caregiver, MMG, Operatori SS, privato sociale
6.2	Attivazione punti di prossimità a livello di aree comunitarie a sostegno della domiciliarità	
6.3	Definizione profilo, formazione e attivazione figure di Network manager e Care planner	
6.4	Sviluppo soluzione ICT e interfaccia web pianificazione risorse e relativa formazione agli	
7.1	Gruppi ideativi per lo sviluppo soluzioni ICT	cittadinanza, opinion leaders locali, amministratori locali
7.2	Iniziative aggregazione e socializzazione	Utenti e Caregiver, MMG, Operatori SS, privato sociale
7.3	Formazione attori non convenzionali	cittadinanza, opinion leaders locali, amministratori locali
8.1	Comunicazione per intercettare le risorse di capitale umano	Antenne di comunità e volontari
8.2	Comunicazione rete dei servizi territoriali	Antenne di comunità e volontari
8.3	Comunicazione per le azioni di fund raising	Volontari e operatori privato sociale
9.1	Realizzazione di eventi di raccolta fondi diretti a residenti o turisti sensibili o beneficiari diretti del progetto	Comunità territoriale
9.2	Sensibilizzazione e fidelizzazione del sistema imprenditoriale produttivo e turistico-ricettivo	Comunità territoriale
9.3	Mappatura e monitoraggio delle opportunità offerte da Fondazioni o da SOMS	Comunità territoriale
9.4	Attività di fund raising per diversificare le fonti di finanziamento (finanziamento di scopo Comuni e ASL)	

אנו וריהו - מיתרים כוון וראב

TABELLA 3 - DETTAGLIO COPERTURA PER AZIONI

TABELLA 2 - COPERTURE ARTICOLATE PER AZIONI E PARTENARIATO

er latifoglie a grande apertura e denti capillari, sulla base delle spade si susseguono

| 100 |