



2.9

SOSTEGNO ALLE FRAGILITÀ

19.06.2013

INTRODUZIONE AL PROGETTO

In tutti i paesi sviluppati si sta imponendo il tema della difficile sostenibilità dei sistemi di Welfare tradizionali in ragione del costante aumento dei bisogni connessi allo stato di non autosufficienza dovuti al progressivo invecchiamento delle popolazioni. Una possibile via di uscita viene individuata nella realizzazione di interventi che siano in grado di sostenere le persone fragili in modo da ritardare il più possibile la perdita della autosufficienza. La definizione di fragilità e delle modalità di una sua presa in carico sono, quindi, uno degli obiettivi di ogni sistema di welfare

I fattori di fragilità possono essere ricondotti a tre gruppi: funzionali, clinici e sociali. La **fragilità funzionale** è relativa alle difficoltà di svolgimento di funzioni quotidiane (alimentazione, movimento, igiene personale, cura del proprio ambiente abitativo e alla riduzione della percezione sensoriale e della stabilità posturale). La **fragilità clinica** si caratterizza, invece, con la presenza di poli-patologie spesso correlate a poli-terapie farmacologiche complesse, di fastidi e dolori cronici, di cadute e dimagrimento, di turbe della memoria e disorientamento, nonché, in molti casi, di depressione. Infine, la **fragilità sociale** è determinata dall'isolamento sociale, dalla residenza in abitazioni inadeguate, in zone isolate o disagiate, dal basso reddito, dalla perdita del proprio ruolo sociale, dall'assenza dell'aiuto di familiari e conoscenti, oltre che dalle risorse psicologiche (cognitive, emotive e comportamentali) dei singoli che si manifestano nelle capacità individuali di fronteggiare cambiamenti e complessità ambientali rappresentati da traumi (lutti, reati subiti, ecc.), da condizioni impreviste di povertà e malattia o da altre condizioni di crisi (condizioni climatiche, black out...).

L'associazione di queste condizioni di fragilità determina un rischio molto elevato di perdere la propria autosufficienza ed è, quindi, necessaria una lettura integrata (sanitaria e sociale in genere) delle fragilità per focalizzare e mirare la risposta ai bisogni attuando una politica di prevenzione più efficace, in grado di ritardare l'esplicitazione del bisogno e, dunque, la domanda di servizi sanitari e/o assistenziali molto complessi e costosi.

Un'attività di sostegno alla fragilità, allontanando il momento della non autosufficienza può, dunque, comportare non solo un risparmio per il sistema socio-sanitario, ma una migliore qualità della vita delle persone e una maggiore probabilità di poter affrontare queste problematiche a domicilio.

Perché tale cambiamento abbia successo occorre, però, spostare la centralità del sistema dai servizi verso la società per fare in modo che sia la Comunità a farsi carico di una serie di iniziative in una logica di prevenzione e promozione della salute. Ciò, anche in ragione del fatto che le tradizionali tipologie di intervento messe in campo dal sistema sociale e sanitario risultano poco adeguate ed efficaci ad affrontare una serie di dimensioni che possono ridurre lo stato di fragilità.

Il progetto si basa sulla costruzione di un link dei dati sanitari (la cui raccolta è molto strutturata) e di alcune variabili sociodemografiche che possono essere fornite dai Comuni al fine di definire un indice di fragilità complessivo per ciascun cittadino residente, come base informativa per l'avvio delle azioni comunitarie integrate per il sostegno alla fragilità.

Caratteristiche di strategicità del progetto

Questo progetto intende promuovere un cambio di paradigma sulla modalità con cui si affrontano i bisogni sociali e sanitari passando da un approccio di attesa ad uno di iniziativa e prevenzione. Le Istituzioni si fanno carico di avere una visione precoce dei bisogni dei cittadini e si

attivano per affrontare i problemi delle persone prima che questi si traducano in domanda a fronte di un bisogno conclamato.

Si vuole, inoltre arrivare ad un cambio di centralità rispetto ai servizi offerti da Comune e AUSL in modo che gli interventi siano, prima di tutto praticati dalla Comunità. Si vuole passare da una centralità delle istituzioni ad una centralità della Comunità. **Ciò non significa meno servizi, ma servizi diversi** (per tipologia, contenuto, organizzazione, modalità di erogazione), più adeguati di quelli tradizionalmente offerti dal sistema socio-sanitario ad affrontare dimensioni in grado di ridurre i fattori di rischio che conducono alla progressiva non autosufficienza.

L'identificazione dei fattori di rischio (ISF: **indice sintetico di fragilità**) è il valore aggiunto in questo progetto strategico. L'insieme dei dati correnti sociali e sanitari, oltre ad altre valutazioni da raccogliere dai medici di famiglia e assistenti sociali o tramite interviste consente di costruire un indicatore sintetico utile per intercettare le persone che hanno un particolare rischio di cadere dallo stato di fragilità a quello di bisogno sanitario/assistenziale conclamato.

Il secondo valore aggiunto è quello che identifica **i livelli (e i metodi) più appropriati per affrontare questi bisogni**.

Il terzo ambito è quello della **lettura integrata e condivisa dei bisogni**.

In questo modo possiamo **lavorare non solo sulla fragilità, ma anche sulla vulnerabilità** (intesa come fragilità più strettamente sociale).

Tutto ciò dovrebbe aiutare a identificare meglio anche i sistemi di accesso ai servizi per le persone che hanno condizioni di fragilità e vulnerabilità non pienamente manifesti o non identificabili secondo i criteri classici (ad esempio: il Pronto Intervento Sociale - PRIS- organizzato su 24 ore è stato l'unico modo per agganciare soggetti fragili e vulnerabili in quanto organizzato come servizio a bassa soglia di accesso.

SEZIONE A: DESCRIZIONE DEL PROGETTO

1. Descrizione

a. obiettivi dell'intervento (indicare gli obiettivi generali)

Rispetto alle iniziative già in essere, questo progetto strategico vuole:

- Comunicare e diffondere questo nuovo approccio teorico al problema della salute e del benessere (intesi come sintesi di una dimensione sanitaria e una dimensione sociale/individuale);
- Affrontare le situazioni di fragilità e vulnerabilità, in modo da prenderle in carico prima che diventino una domanda di servizi sanitari e/o servizi sociali. Il progetto vuole occuparsi di cittadini "che non chiedono niente", ma che molto probabilmente nel giro di poco tempo entreranno in una situazione conclamata di rischio sanitario/sociale che è molto più difficile e più costoso affrontare. Adottare un approccio preventivo al fine di produrre una migliore qualità della vita e consentire una più lunga domiciliarità;
- Estendere questo approccio e questi nuovi servizi non solo al target più tradizionale (anziani), ma anche ad altre categorie di persone che apparentemente non hanno problemi manifesti, ma che si trovano in condizioni di fragilità latente: gli adulti in difficoltà;
- Costruire una rete dei soggetti pubblici e privati che possono mettere a disposizione risorse per il sostegno dei soggetti fragili (tramite il portale Bologna Solidale);
- Promuovere le innovazioni e le buone pratiche nella presa in carico della fragilità.

b. fasi di lavoro

1.1 Realizzazione e gestione della banca dati della fragilità

Per favorire la prevenzione della non autosufficienza è necessaria la realizzazione di una Banca Dati della fragilità, derivata dalle banche dati sanitarie (ricoveri, accesso a PS, farmaci, specialistica...) sociosanitarie (accesso ai servizi della non autosufficienza) e socio demografiche (nucleo familiare, condizione abitativa, reddito...). La presenza e la consultazione di questa banca dati, a disposizione dei servizi sociali e sanitari, rappresentano la base informativa per il welfare di comunità e per intercettare le persone che necessitano di interventi di sostegno. A questo si deve aggiungere una valutazione soggettiva nei confronti della persona tramite un contatto/intervista personale che, opportunamente codificato, rappresenta anch'esso un elemento di

conoscenza a disposizione dei servizi e una valutazione sintetica da parte del medico di famiglia.

L'obiettivo di tale BD è il monitoraggio di soggetti fragili per orientare le azioni di prevenzione e socializzazione già in essere e attivarne di nuove in base al bisogno rilevato dalla comunità. Sarà quindi fondamentale l'analisi dei dati ivi contenuti con la messa a punto di una reportistica e di indicatori di carattere sociale e sanitario che ne consentano una lettura ed una interpretazione sintetica.

Nello specifico la realizzazione della BD sulla fragilità si svilupperà nelle seguenti tre differenti fasi:

Fase 1: Applicazione del modello già utilizzato da Ravenna (derivato dal Combined Predictive Model del King Fund NHS)

- a) Individuazione coorte di soggetti da anagrafe assistiti residenti e domiciliati al 1/1/2008 over 18 anni
- b) Individuazione dei soggetti usciti dalla coorte per decesso o emigrazione nei due anni e definizione della corte dei residenti dal 1/1/2009 al 31/12/2010
- c) Link della coorte con:
 - Esenzione ticket per invalidità
 - Anagrafe comunale per solitudine anagrafica (anziani soli con età \geq 75 anni e in coppia con età \geq 75 anni)
 - Indice di deprivazione calcolato su base provinciale
 - SDO per individuazione di patologie croniche (almeno un ricovero per asma, malattia coronaria, scompenso cardiaco, neoplasia, depressione, BPCO, ipertensione, diabete, demenza) e numero di ricoveri nei due anni
 - Calcolo dell'indice di comorbidità di Charlson
 - Link con accessi al PS (numero accessi, esami strumentali, diagnosi mediche non traumatiche, arrivi al PS in ambulanza)
 - Link con farmaceutica AFT per individuazione di poliprescrizione farmaceutica (almeno 4 farmaci con ATC diversi al 3° livello)
 - Link con ADI (e archivio del DSM)
 - Link con GARSIA per individuazione utilizzo di almeno uno dei servizi sociali
- d) follow-up della corte per l'anno 2011 con individuazione come outcome di primo ricovero ordinario in emergenza e/o mortalità

- e) applicazione del modello di regressione logistica multivariata al gruppo di derivazione (50% dei soggetti della coorte) con calcolo del rischio e applicazione dell'algoritmo sul gruppo di validazione
- f) calcolo e attribuzione a ciascun soggetto dell'indice di rischio

Fase 2: Definizione di un questionario (partendo da quello utilizzato per PASSI d'argento) da somministrare ai cittadini individuati come fragili con il modello precedentemente descritto per implementare la banca dati con informazioni non individuabili tramite i dati dei sistemi informativi correnti.

Fase 3: Costruzione di un software, mediante collaborazione con CUP 2000, che permetta l'aggiornamento dell'indice di rischio al variare delle condizioni rilevate tramite i sistemi informativi mediante predisposizione di un algoritmo.

1.2 **Promozione e partecipazione**

Si tratta di formare e coinvolgere persone anziane che si attivino quindi, anche utilizzando nuove tecnologie, per un sostegno e un supporto diretto, e non solo a distanza, verso individui fragili, favorendo la socializzazione e facilitando anche il lavoro dei servizi socio-sanitari nell'indirizzare gli assistiti.

Si tratta di definire un investimento nell'attività di comunicazione e aggiornamento dell'informazione anche attraverso specifiche campagne informative sui vari target: popolazione anziana, associazionismo/volontariato, professionisti dei servizi, amministratori.

In questo senso si ritiene necessario integrare il progetto e-Care gestito con CUP2000 nel più ampio progetto di gestione e sostegno della fragilità per l'esperienza e l'attività svolta in questi anni, come è anche necessario definire un supporto tecnico e funzionale al volontariato da parte dell'Azienda USL facendo tesoro delle esperienze accumulate in ambito di promozione della salute.

1.3 **Incontro domanda e offerta**

Spesso i soggetti fragili si trovano in una situazione anche di crisi personale pur non essendone consapevoli, negando o rifiutando spesso l'aiuto che viene offerto loro. Il coinvolgimento degli anziani fragili è difficile, ma deve essere affrontato con proposte innovative capaci di far leva anche sulle loro abilità residue e sui loro interessi/passioni.

Il servizio e-Care può, quindi, contribuire in modo significativo ad incrociare l'offerta presente sul territorio con bisogni, interessi, abilità degli anziani fragili, fornendo, in primo luogo ai servizi sociali territoriali, tutte le informazioni disponibili delle risorse attivabili.

Compito essenziale del progetto complessivo di prevenzione della fragilità è, quindi, la capacità di cogliere le specificità dell'anziano (sia attraverso l'identificazione di target di popolazione, sia attraverso la valutazione di operatori dei servizi e del call-center)

per connetterle con quanto è offerto sul territorio.

Nella sostanza, sintetizzando in un dossier personale le informazioni derivanti dalla banca dati della fragilità, dagli sportelli sociali, dalle interviste, come già avviene per gli utenti fragili seguiti dal servizio e-Care, possiamo disporre di un profilo di bisogno accurato e aggiornato.

Sul fronte dell'offerta si procederà a consolidare e valorizzare lo strumento già esistente del portale www.bolognasolidale.it, rivisitandone le modalità di gestione al fine di garantirne l'aggiornamento ed una crescente visibilità. In tal senso, è necessario coinvolgere maggiormente tutte le realtà che svolgono attività socializzanti e di coinvolgimento della persona fragile, affinché collaborino attivamente all'aggiornamento dei contenuti del portale e di conseguenza alla disseminazione delle loro iniziative.

1.4 Finanziare progetti di rete innovativi

Per sostenere la fragilità dal punto di vista sociale è necessario passare dal concetto di servizio rivolto al singolo cittadino a quello del sostegno anche economico di progetti di associazioni orientati alla socializzazione e all'integrazione dei diversi progetti già esistenti sullo stesso territorio.

È, quindi, necessario promuovere un tavolo di lavoro che definisca i criteri di finanziamento e di valutazione dei progetti favorendo quelli che, mirando al supporto dell'anziano fragile, si implementano con il coinvolgimento di associazioni in rete, la partecipazione attiva degli anziani, l'opportunità di socializzazione e lo scambio di conoscenze/competenze (anche in una logica di relazione intergenerazionale).

c. metodologia e strumenti

Il progetto prevede un ampio coinvolgimento degli anziani, del volontariato e dell'associazionismo, oltre degli operatori dei servizi socio-sanitari.

Per tradizione del territorio e degli individui che lo vivono, la provincia di Bologna è estremamente ricca sul fronte del capitale sociale. Ogni comune, ogni quartiere ha attive convenzioni e progetti attinenti al target della popolazione anziana con associazioni culturali, di volontariato o di promozione sociale. Tutte hanno nei loro statuti elementi legati al rispetto ed alla promozione della solidarietà sociale e, in questo senso, è necessario trovare modalità per favorire, all'interno di nuove iniziative o delle iniziative già presenti, azioni di supporto alla fragilità legate in particolare all'accoglienza e al sostegno.

L'aspetto innovativo del progetto è dato dalla messa a fattor comune di tutte queste iniziative, che devono assumere un carattere sinergico e di vera e propria "Rete", utilizzando al meglio le esperienze umane e progettuali, anche per evitare ridondanze o carenze di offerta rivolta a questo target di popolazione.

Per favorire il processo sopra delineato, e per sviluppare le competenze necessarie, verranno poste in atto attività formative progettate ad hoc in ciascun territorio, dedicate ai volontari di queste Associazioni.

Gli anziani si caratterizzano come potenziali utenti, ma anche come soggetti attivi rispetto alle tipologie di azioni messe in campo.

Le tipologie di servizi saranno differenziate in funzione dei diversi gradi di fragilità che dovranno sostenere:

A. I potenziali fragili

Si tratta di quegli anziani che ancora se la cavano (hanno capacità residue), ma che rischiano una caduta nella disabilità. Tutti dunque, anche quelli che hanno una condizione socio-economica favorevole, rischiano una progressiva disabilità che può essere fortemente aggravata da situazioni di solitudine, apatia, insicurezza, malattia, ecc... A tutti è allora importante offrire l'opportunità di avere informazioni su occasioni di socialità, formazione, interesse, attività, cercando di riconoscere al meglio possibile le potenzialità dell'anziano per incrociarle con l'offerta;

B. I fragili socio-sanitari

Si tratta di quegli anziani in cui il sistema dei servizi ha individuato specifici fattori di fragilità clinici, funzionali o sociali (come descritto in Premessa), ma che non necessitano di specifici servizi assistenziali, né di un monitoraggio continuo. Si tratta tuttavia di anziani che necessitano, più degli altri, di essere contattati e stimolati verso attività in grado di sostenere il loro invecchiamento. L'identificazione di tali anziani avverrà attraverso l'analisi di dati esistenti sulla base di criteri epidemiologici e sociali condivisi. In particolare si ritiene che l'incrocio dei dati presenti nelle banche dati istituzionali già esistenti permetterebbe di identificare gli anziani non in carico ai servizi che hanno bisogno di una verifica del loro livello di fragilità. Tale livello di fragilità dovrà poi essere verificato attraverso l'utilizzo di strumenti e metodologie di contatto diretto con l'anziano stesso;

C. I super fragili

Si tratta di anziani in una situazione molto compromessa per motivi clinici, funzionali o sociali ma non ancora presi in carico dai servizi sociali e/o sanitari. La segnalazione ai servizi ai fini della loro presa in carico, il monitoraggio continuo della loro condizione di salute e il sostegno tramite la socializzazione (anche di tele-compagnia) possono prevenire una condizione di disabilità imminente nonché alleviare situazioni di forte disagio.

Nell'attuale situazione di riduzione dei fondi, i servizi, soprattutto quelli sociali, sono chiamati a trovare soluzioni nuove per dare risposte appropriate ai bisogni degli utenti. In particolare, per gli utenti fragili, l'attenzione è puntata al lavoro di comunità, ovvero al lavoro di facilitazione nel mantenimento delle relazioni sociali che gli operatori possono svolgere per rendere più accogliente e solidale una specifica area territoriale e nell'indirizzare gli utenti verso ciò che il territorio offre loro a supporto della quotidianità. La conoscenza delle risorse, delle occasioni, degli eventi, diventa allora un aspetto fondamentale nel bagaglio dell'operatore. In questa ottica **e-Care**, come servizio di prevenzione della fragilità che può essere messo a disposizione dell'anziano e della sua famiglia, dovrà diventare sempre più una risorsa a cui l'operatore può ricorrere per le persone fragili che non hanno una situazione così grave da poter essere presa in carico dai servizi di assistenza socio-sanitaria ad alta intensità.

d. risultati attesi (indicare cambiamenti osservabili e misurabili)

Questo progetto strategico si pone il raggiungimento dei seguenti risultati:

- Progettazione e consolidamento di un **sistema di conoscenza** che consentirà di arrivare a calcolare un indice sintetico di fragilità;
- Progettazione e attivazione di una **tipologia di interventi innovativi** adeguati ad affrontare le dimensioni utili a contrastare i fattori di rischio connessi allo stato di fragilità;
- Consolidamento di un **network che finalizzi e valorizzi le risorse** presenti sui diversi ambiti territoriali (tramite e-Care) verso l'obiettivo di contrastare i fattori di rischio che aumentano lo stato di fragilità delle persone;
- Un sistema di **promozione delle buone pratiche** (tramite e-Care) che finanzia progetti innovativi per il sostegno ai fragili;
- Attivazione di **percorsi formativi** degli operatori a questi nuovi paradigmi (assistenti sociali e infermieri per apprendere un percorso finalizzato alla proattivazione) e formazione dei volontari delle Associazioni;
- Ampliamento di servizi attivi e di iniziativa per l'intercettazione di bisogni di emergenza **PRIS**.

e. ambito territoriale di impatto del progetto/localizzazione

Area metropolitana.

2. Attori/Enti coinvolti e/o da coinvolgere

Enti locali, terzo settore, volontariato, forze sociali, cittadini

Denominazione ente/ associazione /organizzazione	Contributo al progetto	Già coinvolto nel progetto
Comune di Bologna		Sì
Ausl di Bologna		Sì
Provincia di Bologna		Sì
Casalecchio di Reno		Sì

Denominazione ente/ associazione /organizzazione	Contributo al progetto	Già coinvolto nel progetto
Istituzione Minguzzi		Sì (Anziani imprenditori)
Consulta per la lotta all'esclusione sociale del Comune di Bologna		Sì
CUP 2000		Sì
Sindacati		Sì
Ass. Volontariato		Sì
Comuni della provincia (CTSS)		Sì

3. Grado di maturità attuativa/istituzionale

É già in atto una prima sperimentazione (progetto pilota)?	Sì
É già presente uno studio di fattibilità operativa?	Sì
Se no, si può promuovere subito uno studio di fattibilità operativa?	Sì/No
Esiste l'esigenza di creare condizioni di contesto preliminari favorevoli? Quali?	No

4. Stima tempi di realizzazione (cronoprogramma)

Da giugno 2013 sarà disponibile il primo report con l'indice di fragilità calcolato sulla base dei dati 2012.

Da giugno 2013 partiranno iniziative finanziate per il sostegno dei soggetti fragili tramite e-Care e finanziate fino al tutto il 2013

Da settembre 2013 l'indice sarà disponibile sul sistema GARSIA

Da ottobre 2013 sarà pronta la versione aggiornata del portale Bologna Solidale

Dal gennaio 2014 il sistema dovrebbe essere a regime

Ad aprile 2014 sarà disponibile l'indice "2014".

SEZIONE B: ELEMENTI DI SPECIFICITÀ DEL PROGETTO

1. Se esiste, descrizione del progetto pilota

Sono diverse le esperienze realizzate o ancora in essere che possono essere ricondotte a questa politica di sostegno alla fragilità (in colore, i progetti in essere ancora oggi):

- Il **Progetto e-Care**, sviluppato nell’ambito dei finanziamenti dell’FRNA a partire dal 2007, che ha in carico soggetti fragili ai quali fornisce un servizio settimanale di tele-compagnia e tele-monitoraggio, e ai quali propone i servizi attivati in collaborazione con il terzo settore;
- Lo SPI CGIL, nel 2011, ha pubblicato lo **Statuto delle Persone Anziane Fragili**, 13 articoli che elencano i diritti ed i doveri degli anziani e della comunità nei loro confronti;
- “**Filo d’Argento**” di AUSER, un’esperienza importante con un servizio di telefonia sociale impegnato a contrastare solitudine ed emarginazione degli anziani;
- Il progetto, attivo dal 2004 nell’Azienda USL di Bologna, di **prevenzione del disagio causato dalle ondate di calore**, che mette in rete risorse di Comuni, Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Azienda USL, associazioni e privati. Nell’ambito del progetto annualmente sono individuati i soggetti fragili con diverso grado di complessità, tenuto conto dell’uso dei servizi sanitari e di variabili sociali del contesto abitativo;
- Esperienze di **censimento degli anziani fragili** progettate e condotte da Comuni e Quartieri in collaborazione con le forze sociali, e progetti sostenuti con il finanziamento di Fondazioni o enti previdenziali come la Fondazione del Monte e INPDAP sulla città di Bologna;
- Nei comuni di Castenaso e Pieve di Cento è inoltre stata sviluppata in via sperimentale, nell’ambito del progetto e-Care, una precisa **metodologia di individuazione e valutazione del livello di fragilità dei singoli cittadini, denominata “Mai più soli”**. Grazie al contributo di diverse realtà (Parrocchie, SPI, Auser, ecc...), volontari adeguatamente formati hanno somministrato al domicilio un questionario agli anziani al di sopra dei 75/80 anni non conosciuti dai servizi;
- Nel corso del 2007 è stata realizzata un’indagine/intervento, a cura di Medici di Medicina Generale ed Associazioni di Volontariato locale, dal titolo “**La MIA casa sicura**” che aveva l’obiettivo di valutare, in alcuni comuni del territorio del Distretto Pianura Est, oltre le condizioni di salute di alcuni anziani anche le caratteristiche delle loro abitazioni;
- L’AUSL di Ravenna ha applicato, sulla falsariga di quanto descritto dal NHS inglese, un **sistema di classificazione della fragilità** che può essere esportato e testato anche nella Provincia di Bologna grazie all’incrocio dei dati contenuti nelle banche dati sanitarie e sociali;
- Progetti mirati alla **promozione dell’anzianità attiva**. Fra gli altri il progetto “**Anziani,**

imprenditori di qualità della vita”, promosso dalla Provincia di Bologna in collaborazione con Ausl di Bologna e Ancescao, si propone di raccogliere informazioni sulle esperienze nel territorio e di promuovere attività innovative di adozione di buone pratiche per migliorare la qualità della vita;

- Progetto INPDAP Comune di Bologna (attivo dal 2011);
- Progetto INPDAP Distretto di Bologna (attivato nel 2012).

2. Fattori critici di successo (FCS)

Descrizione dei FCS negativi (fattori, elementi, situazioni, posizioni, stati che possono compromettere il successo del progetto; probabilità che insorgano); contromisure previste:

Possibili resistenze al cambiamento da parte degli operatori sociali e sanitari da rimuovere con formazione e coinvolgimento. Possibili limitazioni all’uso dei dati per la normativa sulla privacy da superare con apposito regolamento ed adeguate misure di sicurezza sulla protezione dei dati sensibili.

Descrizione dei FCS positivi (fattori, elementi, situazioni, posizioni, stati che possono favorire il successo del progetto; probabilità che insorgano); misure previste:

Effetto “palla di neve “ che il progetto dovrebbe avere con l’attivazione della rete dei soggetti coinvolti. Pressione della crisi economica al cambiamento del welfare.

Le misure previste sono: forte coinvolgimento dei professionisti e dei volontari tramite strumenti di condivisione delle decisioni come Focus Group; formazione e affiancamento delle associazioni del terzo settore nella progettazione e innovazione dei progetti dedicati al sostegno della fragilità.

3. Stima soggetti interessati (se applicabile)

Breve descrizione dei soggetti interessati	Diretta/indiretta	Stima numerica

SEZIONE C: QUADRO ECONOMICO/SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

1.a Stima costi di realizzazione progetto

I costi sono da individuare, ma si prevede una onerosità finanziaria bassa, perché, essendo un progetto istituzionale già in essere, è sostanzialmente già finanziato.

1.b Stima risorse umane necessarie per la realizzazione progetto

2. Costi "a regime" del progetto attuato (se applicabile)

- i. L'intervento prevede risparmi di gestione su altre linee di servizio e funzioni? (Sì/No)

Se sì, indicare quale servizio o funzione potrebbe essere interessato a risparmi di gestione e in che misura

Ente	Servizio o funzione	Stima dei risparmi annui

- ii. L'intervento prevede nuovi o maggiori costi di gestione di servizio e funzione? (Sì/No)

Se sì, indicare quale servizio o funzione potrebbe essere interessato a nuovi o maggiori costi di gestione e in che misura

Ente	Nuovo servizio (SI/NO)	Servizio o funzione	Stima dei nuovi o maggiori costi annui di gestione

3. Possibili Fonti finanziarie per la realizzazione del progetto (non applicabile ai progetti di sola regolazione o amministrazione)

Ente / soggetto pubblico	Asse e/o normativa di riferimento e/o riferimenti fondo	Già attivato/ da attivare	Altre risorse messe a disposizione (management, tecnologie, infrastrutture, ecc.)

Ente / organizzazione / associazione privata	Già attivato/ da attivare	Altre risorse messe a disposizione (management, tecnologie, infrastrutture, ecc.)

Finanziamento attraverso tariffe a carico dell'utenza finale	% sul costo totale

SEZIONE D: PROGETTI CONNESSI

1. Integrazione con altri progetti del medesimo o di altro Gruppo di lavoro (se applicabile)

Titolo del progetto	Indicare i vantaggi derivanti dalla sinergia/collegamento
Ridisegno del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale	Consolidamento e definizione di modelli di assistenza coerenti e funzionali con l'evoluzione dei bisogni.
Empowerment e Comunità	Il lavoro di comunità permette la prevenzione di situazioni di disagio e fragilità, affiancando servizi che necessitano professionalità specialistiche.
Prevenzione e promozione della salute	Contrasto all'isolamento sociale
Politiche e sostegni alla domiciliarità	Accesso ai cittadini fragili e nonautosufficienti a un sistema minimo di offerta.
Iniziativa per la promozione dell'internazionalizzazione del sistema Bologna	Il sistema della salute metropolitano/regionale sarà il primo terreno di sperimentazione del progetto.
Bologna del civismo responsabile: la cura dei luoghi e delle relazioni	Contrasto all'esclusione sociale
Le case della salute come driver dell'innovazione nell'assistenza primaria di Bologna	Integrazioni su specifiche azioni e servizi
L'invecchiamento in salute e il benessere della persona come driver per lo sviluppo dell'innovazione del sistema salute	Banca dati/monitoraggio delle fragilità: mutuabile approccio della prevenzione e dei bisogni della cittadinanza.

2. Integrazione con progetti complementari (se applicabile)

Titolo del progetto	Indicato nel piano strategico metropolitano (SI/NO)	Indicare i vantaggi derivanti dalla sinergia/collegamento
COBO_BEC_2 - COMUNE DI BOLOGNA: Un welfare integrato a livello provinciale sulle emergenze sociali	Sì	
I_BEC_52 - CUP2000 Estensione della Rete e-Care a tutti i soggetti fragili ed alle famiglie in difficoltà	Sì	
I_BEC_13 - CONSULTA PER LA LOTTA ALL'ESCLUSIONE SOCIALE DEL COMUNE DI BOLOGNA: Sistema di accesso ai Servizi sociali	Sì	

Referenti/responsabili del progetto

Cristina Malvi – AUSL Bologna

Elenco Allegati (se presenti)