

SCHEDA PROGETTO

*Si raccomanda una compilazione esaustiva ma sintetica dei campi sottoindicati da **contenere indicativamente in circa 15 pagine**. La presente Scheda Progetto consente una descrizione di maggior dettaglio dei campi contenuti nel Form ROL della procedura di candidatura.*

TITOLO PROGETTO	
MAPPET - Modello Assistenziale Personalizzato e di Prossimità supportato da azioni di Empowerment Tecnologico	
AMBITO TERRITORIALE DI INCIDENZA DELL'INIZIATIVA (SELEZIONE E BREVE DESCRIZIONE)	
AGGREGAZIONE DI PIU' COMUNI LIMITROFI	ASP 9
COMUNE MEDIO-PICCOLO	Comune di Falconara Marittima
Breve descrizione	
<p>In linea con i punti salienti identificati da UN DESA nel 2020, il processo di Invecchiamento Attivo e in Salute (<i>Active and Healthy Ageing</i>), deve essere inteso in termini di aumento dell'aspettativa di vita, della capacità di mantenere elevati gradi di autonomia, autosufficienza, produttività e salute per l'anziano, garantendo allo stesso tempo la permanenza presso il proprio domicilio.</p> <p>Le evidenze scientifiche dimostrano che la prevenzione, la diagnosi e gli interventi precoci consentono di rallentare il declino cognitivo, favorendo il mantenimento dell'autonomia e del benessere delle persone anziane. La fase iniziale non rilevata del declino cognitivo (67,1% sopra i 65 anni) combinata con l'elevata percentuale di anziani che vivono da soli è una delle sfide principali.</p> <p>MAPPET introduce e sperimenta un modello assistenziale integrato e multilivello in due ambiti diversi tra loro dal punto di vista territoriale ma molto simili in termini di esigenze e sfide della popolazione anziana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un territorio esteso, caratterizzato da una popolazione diffusa in piccoli comuni dell'entroterra: ATS 9; - un comune costiero, caratterizzato da tutte le dinamiche dell'ambiente urbano: Falconara Marittima. <p>Nel territorio dell'Ambito Territoriale Sociale 9 (ATS 9), i servizi sociali sono affidati da tutti i comuni all'Azienda Pubblica Servizi alla Persona ASP 9, con sede a Jesi. Si tratta di una esperienza originale e per ora unica nella regione Marche, in quanto l'ASP 9 gestisce tutti i servizi sociali di tutti i comuni dell'ATS. L'ATS 9 investe 21 Comuni di cui 18 ricadenti nel territorio della Provincia di Ancona, nei quali il progetto sarà implementato: dal confronto tra l'anno 2008 ed il 2020 emerge la crescita della popolazione residente nella fascia 65+ anni, che passa da 24.240 unità nel 2008 (23,1% della popolazione residente) a 26.594 unità nel 2020 (25,11%).</p> <p>La scelta dei comuni della Vallesina di gestire in modo associato i servizi sociali ha permesso ai servizi pubblici assistenziali di crescere costantemente e di rappresentare un punto di riferimento regionale; nello specifico, l'offerta dei servizi rivolti alla popolazione anziana è numerosa e variegata, sebbene ci siano debolezze e criticità che delineano spazi di miglioramento ed intervento.</p> <p>Il comune di Falconara Marittima è capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 12. Oltre ad una gestione propria dei Servizi Sociali, condivide, in sinergia con gli altri Enti ricompresi nell'ATS, la programmazione e il coordinamento delle politiche sociali in un'ottica di gestione associata dei servizi. Questo permette sia un'attenta osservazione dei bisogni dei cittadini, sia una maggiore efficacia nel raggiungimento degli obiettivi specifici.</p> <p>La popolazione del territorio comunale, dal 2017 ad oggi, ha visto una leggera flessione numerica, dovuta allo spostamento frequente di persone e nuclei familiari, che nel contesto nazionale di difficoltà</p>	

economica degli ultimi anni, sono alla ricerca di stabilità lavorativa o di avvicinamento a reti parentali. Nonostante questo calo numerico di presenza sul territorio, la popolazione over 65 è rimasta sostanzialmente invariata, con specifiche esigenze a cui il Comune di Falconara Marittima, in forma singola o associata, cerca di dare risposte puntuali e appropriate.

L'ambito territoriale di incidenza del progetto è quindi un territorio che, pur con caratteristiche socio-demografiche diverse, è orientato a valorizzare la persona anziana per sostenere il suo benessere fisico e psichico, e a superare le logiche strettamente assistenziali anche attraverso azioni di contrasto alla solitudine, con progetti innovativi integrati e servizi di prossimità.

DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO IN CUI SI COLLOCA LA PROPOSTA OPERATIVA

(offerta di servizi attuale, lacune, opportunità, attori di riferimento)

MAPPET nasce con lo scopo di promuovere un sistema di risposte integrate di prevenzione e contrasto della vulnerabilità sociale e della fragilità della persona anziana nei comuni dell'ATS9 e nel comune di Falconara Marittima. La pandemia di Covid-19 ha esacerbato l'isolamento delle persone anziane ed ha acuito la fragilità dei soggetti più deboli. Il distanziamento sociale, imposto dal rischio contagio, ha ulteriormente indebolito le reti sociali, rafforzando il bisogno di un intervento di contrasto alla solitudine e all'isolamento.

MAPPET intende potenziare e rafforzare le condizioni affinché le persone anziane possano rimanere presso il proprio domicilio in condizione di sicurezza, attraverso strumenti di facilitazione all'accesso ai servizi, di cura e soddisfacimento di bisogni primari, ma soprattutto al bisogno di relazione.

Le priorità del progetto MAPPET, in relazione alle caratteristiche del contesto in esame, consistono in:

- **Favorire l'invecchiamento attivo della popolazione:**
 - o nel territorio dell'ATS 9 gli anziani costituiscono un quarto dell'intera popolazione (25,5%), con la crescita conseguente dell'età media che, negli ultimi 10 anni, è passata da 44,1 anni a 46,5 anni.
 - o Nel Comune di Falconara Marittima la popolazione over 65 costituisce il 27,50% della popolazione, con una leggera crescita numerica negli ultimi 4 anni.
- **Contrastare la solitudine delle persone anziane:**
 - o nel territorio dell'ATS 9 le famiglie composte da una sola persona sono il 28,3% di tutte le famiglie. Si tratta di persone anziane: il 16% della popolazione tra i 55 e i 74 anni vive da sola, percentuale che cresce al 38,3% per le persone con più di 74 anni.
 - o Nel Comune di Falconara Marittima si riscontra un sempre maggior numero di anziani soli per cui è necessaria l'attivazione di servizi a supporto delle attività quotidiane. Durante il periodo di lock down l'Ente si è attivato per intercettare persone anziane sole al fine di stabilire un contatto telefonico periodico quale punto di riferimento per eventuali esigenze e per contrastare la solitudine. Tra la popolazione over 65 il 17,50% sono risultati nuclei monoparentali ultra ottantenni.
- **Integrare e rafforzare le prestazioni domiciliari del SAD:**
 - o nel territorio dell'ATS 9 sono 14.196 le ore di servizio erogate in favore di **92 utenti (2018)**, con una richiesta del servizio in crescita, sia dal punto di vista numerico che dal punto di vista qualitativo. A questi si aggiungono gli utenti del progetto "Home Care Premium" promosso e finanziato dall'Inps, al quale l'ASP 9 ha aderito: si tratta di ulteriori **73 utenti (2018)**.
 - o Nel Comune di Falconara Marittima sono **33 gli utenti** che hanno usufruito del servizio di Assistenza Domiciliare per un totale di 8.316 ore erogate. Inoltre, in forma associata con l'Ambito Territoriale Sociale 12, gli utenti residenti nel territorio comunale possono accedere al progetto "Home Care Premium". Nel 2021 ne hanno beneficiato **33 utenti**.

Oltre all'assistenza domiciliare, sono presenti anche i seguenti servizi diurni e di comunità:

- Centro Diurno Demenze “Cassio Morosetti” a Jesi (gestito da COOSS)
- Centro Diurno Anziani “Il Chiostro” a Filottrano
- Caffè Alzheimer a Jesi e Falconara Marittima
- Centro di Solievo “Il Sorriso” a Jesi
- Centro Ricreativo “Divertirsi Insieme” a Jesi
- Centri Sociali a Jesi, Castelbellino, Castelplanio, Filottrano e Santa Maria Nuova
- Centro Diurno Anziani “Licio Visintini” a Falconara (gestito da COOSS)
- Centro Sociale “Il Ritrovo” a Falconara Marittima

L’analisi dei contesti di riferimento ha messo in evidenza i seguenti **bisogni**, riferibili al target di MAPPET:

- servizi a supporto della domiciliarità che tengano conto anche delle diverse e nuove problematiche presentate dall’utenza anziana, legate alla solitudine, all’isolamento, alla scarsa mobilità ed alla demenza;
- servizi e interventi di sollievo familiare dal carico della cura, con un percorso chiaro e agevole per le famiglie, anche per meglio orientare la conoscenza e l’utilizzo della rete dei servizi territoriali presenti;
- contributo maggiore e più funzionale del terzo settore e delle risorse del territorio, per incrementare il supporto domiciliare e la mobilità;
- misure di contrasto alla crescente solitudine dell’anziano che abita spesso solo o in coppia e con una ristretta rete familiare;
- interventi di stimolazione e motivazione nei confronti dell’invecchiamento attivo, accompagnando l’anziano e la comunità a pratiche di partecipazione, coinvolgimento e socializzazione.

Dalla lettura dei bisogni, MAPPET identifica le seguenti **traiettorie di intervento**, che diventano opportunità di azione:

- ri-progettare il servizio domiciliare per renderlo più efficiente, più adattivo e flessibile alle specifiche e mutevoli esigenze degli anziani fragili e delle famiglie; renderlo più connesso con le risorse comunitarie;
- programmare e implementare un modello di intervento integrato e sinergico che definisca l’ecosistema socio-economico della persona anziana, nel quale gli operatori si muovono come agenti di cambiamento;
- sperimentare un nuovo approccio di welfare territoriale/di prossimità/d’iniziativa, che si apre all’intera comunità, e supera modelli organizzativi tradizionali, favorendo logiche di integrazione e spingendo verso inclusione, innovazione e investimento sociale;
- allargare il perimetro della presa in carico, dall’individuo alla famiglia e alla più ampia comunità territoriale, mobilitando tutte le risorse del territorio e innovando modalità operative, strumenti e figure.

IDENTIFICAZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA DEL TARGET DI RIFERIMENTO (beneficiari e clienti diretti)

MAPPET si rivolge alla popolazione anziana (over65) residente nel territorio dell’ASP9 e del Comune di Falconara, con particolare attenzione alle persone che vivono una condizione di fragilità cognitiva e/o fisica; si rivolge prioritariamente a coloro già in carico ai servizi esistenti (SAD-Servizio di Assistenza Domiciliare/HCP-Home Care Premium), al fine di dare atto al processo di integrazione e mainstreaming dell’assistenza domiciliare, ma raggiunge anche persone non seguite formalmente dai servizi, che afferiscono ai centri bassa soglia (es. centri sociali) e per i quali la condizione di fragilità non è accertata o conclamata.

La scelta di rivolgersi prioritariamente al target di utenti SAD/HCP si spiega con la volontà di sviluppare un modello integrato che sia già innestato nel sistema dell’assistenza domiciliare in essere; si tratta quindi di un intervento innovativo incrementale e di potenziamento, piuttosto che un’azione spot, in grado di garantire un maggior livello di integrazione e adesione, sostenibile nel tempo. Inoltre, l’attivazione di un processo di screening ed engagement anche nei confronti di persone anziane non in carico ai servizi, consente di incidere sulla prevenzione della fragilità e sulla possibilità di costruire un

futuro processo coordinato di presa in carico.

Sono previsti, quindi, i seguenti **destinatari diretti**:

- 60 anziani (over 65) utenti dei servizi SAD/HCP di ASP 9 e del Comune di Falconara;
- 30 anziani (over 65) non presi in carico dai servizi e residenti nei territori di ASP 9 e del Comune di Falconara;
- i loro familiari e caregivers;
- gli operatori formati al ruolo di Community Manager.

I **destinatari indiretti** sono:

- operatori e professionisti coinvolti nei servizi dell'APS9 e del Comune di Falconara, nonché nelle attività di progetto;
- volontari, operatori e membri di altri enti/associazioni locali;
- i cittadini residenti nei comuni dell'ATS9 e nel Comune di Falconara.

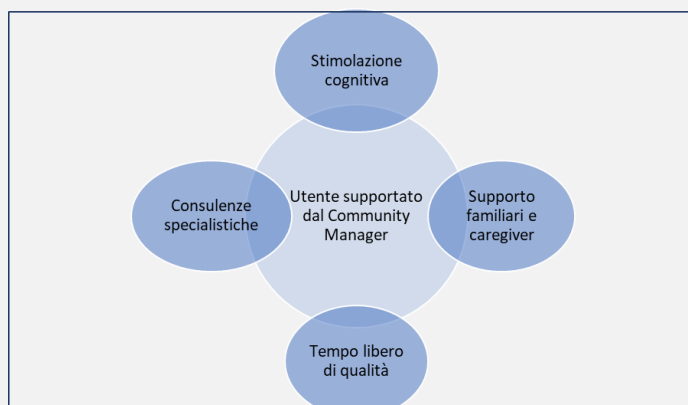
DESCRIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO/GESTIONALE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA, DEL RELATIVO PIANO DI SVILUPPO E DEL MODELLO DI GOVERNANCE ADOTTATO PER LA CONDUZIONE DEL PROGETTO (descrizione schematica per azioni e attività)

Il modello organizzativo/gestionale del progetto prevede di introdurre nel sistema dei servizi alla persona un modello di presa in carico innovativa che, a partire dalla richiesta di informazioni da parte dell'utenza (anziani fragili, ma anche non fragili e loro familiari) consenta l'accesso ad una valutazione delle aree dei bisogni e risorse dell'utente al fine di definire un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). All'interno del PAI, MAPPET mira ad offrire una gamma di interventi, integrando i servizi abitualmente erogati in modalità classica con interventi innovativi che a varia misura rispondono a bisogni di:

- **Stimolazione cognitiva**, attraverso strumenti digitali ed esercizi riabilitativi personalizzati;
- **Empowerment** e supporto a familiari e caregiver, in termini di benessere, sollievo, informazioni;
- **Consulenze specialistiche** (es. nutrizionista, fisioterapia/ginnastica dolce, supporto psicologico, etc.);
- **Coinvolgimento della comunità**, per fare del tempo libero una risorsa di socializzazione.

Gli interventi sono gestiti dal Community Manager grazie alla creazione di un punto unico di accesso digitale ai servizi (Fig. 1). Il portale MAPPET è progettato per essere una vetrina ed un "marketplace" di quello che il territorio offre alla popolazione anziana. Su questa semplice piattaforma, tramite la collaborazione con i servizi pubblici e Terzo Settore, sarà possibile ricevere tutte le informazioni relative ai servizi ed alle opportunità offerte dal territorio, essere guidati tra gli stessi tramite semplici auto-valutazioni delle proprie condizioni e accedere a servizi (sia gratuiti che con compartecipazione alla spesa). Dal punto di vista tecnologico, la piattaforma sarà un semplice CMS (Content Management System) sul quale verranno integrate però nuove "applicazioni web" (funzioni digitali necessarie per la gestione delle richieste di accesso, la creazione di liste di priorità, la gestione delle valutazioni, la possibilità di effettuare teleconsulti, raccogliere dati di monitoraggio, etc.). Dal punto di vista degli operatori, l'utilizzo del portale MAPPET sarà di uguale importanza. Da qui accederanno infatti agli strumenti operativi per la presa in carico dei casi. Partendo dalle richieste inviate dai cittadini tramite il portale, sarà infatti possibile, qualora appropriato, avviare una completa presa in carico e quindi gestire il percorso per la definizione del PAI. Gli operatori, tramite il portale potranno assicurare anche servizi di tele-monitoraggio e comunicazione a distanza per gli utenti che ne faranno richiesta. Tutto sarà digitalizzato ed efficientato grazie alla disponibilità di gestire la cartella utente in piattaforma.

Fig. 1 – Punto Unico di Accesso ai servizi



Mettendo al centro l'individuo, costantemente supportato dal Community Manager, e il suo contesto familiare/comunitario di vita, gli interventi che il progetto intende mettere in campo riguardano:

La prevenzione della fragilità e la promozione del benessere a domicilio con modalità ibride (modalità on line e in presenza) e integrate, attraverso interventi assistenziali, supportivi e protettivi per la persona anziana, sulla base di bisogni

mappati a livello individuale e comunitario, che utilizzano modalità tradizionali (in presenza) e smart (a distanza) in ottica di prevenzione, benessere e contrasto all'isolamento sociale;

Il coinvolgimento della comunità e degli attori di riferimento, attraverso l'attivazione di reti e servizi di prossimità a sostegno della comunità, che favorisce il potenziamento del sistema dei servizi, il rafforzamento delle relazioni, l'incremento dell'attrattività sociale dell'area e il consolidamento delle capacità di resilienza della comunità;

La sperimentazione di un welfare territoriale/comunitario/d'iniziativa generativo, attraverso il coinvolgimento di attori, risorse, potenzialità e peculiarità del territorio che diventano assi strategici per prevenire la fragilità e gettano le condizioni per amplificarne la sostenibilità nel tempo e nello spazio.

MODELLO DI GOVERNANCE ADOTTATO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO (andranno descritti in particolare i meccanismi di co-progettazione e co-operazione pubblico-privato basta sulla corresponsabilità sia in fase di ideazione che di realizzazione operativa)

Il modello di governance della rete di partenariato si basa su principi di collaborazione, condivisione e consenso. L'approccio partecipativo e di co-progettazione è facilmente riscontrabile nelle seguenti situazioni:

Progettazione: l'idea progettuale è stata condivisa, dettagliata e realizzata con la partecipazione di tutti i partner coinvolti, inclusi gli enti territoriali, tramite incontri periodici online che hanno avuto luogo dall'uscita del bando alla presentazione del progetto. Durante gli incontri online si sono definiti obiettivi, strategie, ruoli e tempistiche. La condivisione di documenti nel cloud ha permesso di facilitare le interazioni e l'immissione di contributi nella proposta progettuale.

Coordinamento: la governance di progetto prevede il continuo coinvolgimento dei partner nel monitoraggio delle attività in corso, tramite incontri mensili (online) durante i quali discutere l'andamento dei lavori, eventuali problemi da risolvere in corso d'opera e le attività da svolgere nel breve termine. Per ogni incontro verrà redatto un verbale, comprensivo dei temi discussi e delle decisioni, che sarà disponibile nello specifico spazio condiviso.

Leadership: il progetto è organizzato in 6 Azioni, ognuna delle quali coordinata da un partner diverso, sulla base delle competenze specifiche. Le attività afferenti ad ogni Azione sono a loro volta coordinate da un Activity Leader (AL), che dovrà condividere piano di lavoro, proposte e decisioni con gli altri partner. Tale approccio garantisce la sinergia fra i partner, la condivisione delle proposte e un ruolo paritario e di primo piano per tutti.

OBIETTIVI DI IMPATTO E RISULTATI CHE SI INTENDONO RAGGIUNGERE TRAMITE IL PROGETTO CANDIDATO E RAGIONI DELLA SUA RILEVANZA (indicazione dei cambiamenti generabili nel medio periodo sul territorio di riferimento grazie al progetto indicato)

La finalità del presente progetto è definire e sperimentare un modello di presa in carico domiciliare e comunitaria della fragilità degli anziani, sviluppando contestualmente il modello di gestione ai fini della replicabilità e sostenibilità. È infatti fondamentale rilevare e trattare le prime fasi del deterioramento cognitivo lieve (MCI) e le condizioni di rischio di fragilità negli anziani che ricevono servizi di assistenza domiciliare, in modo tale da integrare la diagnosi precoce agli interventi già esistenti.

L'intento è costruire una governance più funzionale intorno all'individuo, capace di ampliare il contesto alla famiglia e alla comunità, e di migliorare il coordinamento di tutte le risorse della comunità (attori, enti, Terzo Settore) per migliorare la risposta ai bisogni già conclamati ma anche per prevenire il rischio e identificare tempestivamente soggetti fragili e potenziali nuovi bisogni.

Obiettivi Realizzativi specifici sono:

OR1. Approfondire la conoscenza della popolazione fragile e mappare le risorse locali, nonché creare un team di professionisti (Community Manager) in grado di supportare gli anziani, i familiari e i caregivers in ambiente domiciliare e comunitario (Azione 2).

OR2. Sviluppare l'architettura del Modello MAPPET e il punto unico di accesso per la sua gestione e per l'erogazione dei servizi personalizzati, in cui far confluire anche le soluzioni tecnologiche esistenti (coossinrete.it) (Azione 3).

OR3. Testare il modello di domiciliarità assistenziale integrata con un panel di utenti reali, in scenari individuali e di comunità, che restituiscano modelli di reporting e di sintesi delle performance riconoscibili e validabili (Azione 4).

OR4. Rilevare efficacia, funzionalità, risultati, esiti e impatti in un'ottica di sostenibilità, trasferibilità e replicabilità del modello, coerentemente con i piani nazionali e regionali di contrasto alla fragilità (Azione 5).

OR5. Attivare azioni di divulgazione mirate, per raggiungere un'ampia gamma di potenziali fruitori del modello MAPPET (Azione 6).

PIANO OPERATIVO DI MASSIMA (descrivere le Azioni e Attività previste)

Il progetto si struttura in un Piano Operativo composto da 6 Azioni.

Azione 1	GOVERNANCE					Durata M1-36
Partner	COOSS	ASP9	CdFM	AFAM	Cambiamenti	
	x	x	x	x	x	

La fase trasversale è finalizzata all'amministrazione del progetto in tutti i suoi aspetti, al coordinamento e alla supervisione delle attività tecniche, alla verifica costante dell'implementazione coerente e rispettosa del piano di lavoro nonché alla valutazione dei rischi e alla pianificazione delle eventuali misure correttive. Include la Gestione ed il Monitoraggio del progetto per garantire l'ottimizzazione delle risorse umane e finanziarie e per espletare le pratiche rendicontative.

Si articola nelle seguenti attività:

A1.1 Gestione tecnico-scientifica (Activity Leader: COOSS): verifica raggiungimento degli obiettivi nel rispetto del piano delle attività e degli step intermedi; corretta gestione di risorse umane; rispetto tempistiche (GANTT).

A1.2 Gestione amministrativa e finanziaria (AL: COOSS): rendicontazione e monitoraggio di corrispondenza tra azioni/budget; rispetto di indicatori finanziari; ottimizzazione risorse economiche.

A1.3 Monitoraggio e valutazione (AL: COOSS): analisi della coerenza e del raggiungimento degli indicatori di realizzazione/risultati attesi; valutazione rischi; attivazione misure correttive.

Deliverable:

D1.1 Piano di gestione e monitoraggio progetto

D1.2 Report tecnico e finanziario Intermedio

D1.3 Report tecnico e finanziario Finale

Azione 2	ENGAGEMENT del target, del territorio e delle risorse				Durata M1-36
Partner	COOSS	ASP9	CdFM	AFAM	Cambiamenti
	x	x	x		x

Azione 2 è finalizzata ad acquisire una più approfondita conoscenza delle caratteristiche di fragilità dei potenziali beneficiari del progetto e delle risorse disponibili sul territorio, e ad avviare il processo di formazione e capacity building delle figure preposte alla gestione del modello (community manager). Risponde all'obiettivo realizzativo OR1.

Si articola nelle seguenti attività:

A2.1 Analisi del fabbisogno (AL: ASP9/Falconara): l'attività prevede l'acquisizione di dati ed informazioni sulla popolazione target, con particolare riferimento a: condizioni di fragilità maggiormente diffuse; bisogni percepiti da parte degli anziani fragili; necessità riportate dai familiari/caregivers; zone nelle quali l'iniziativa è particolarmente necessaria.

La raccolta dati consente di comprendere meglio il bacino dei potenziali beneficiari e le aree in cui il rischio di fragilità risulta maggiore.

A2.2 Mappatura delle risorse (AL: COOSS): l'attività rileva presenza, caratteristiche e localizzazione delle risorse, dei servizi e degli attori attivi sul territorio target, permettendo di delineare una mappa in grado di evidenziare le carenze di servizi ma anche le risorse da valorizzare nel modello di assistenza personalizzata. Le informazioni raccolte attraverso strumenti di mappatura specifici (questionari, focus group, interviste, etc.) restituiscono un quadro dei punti di forza e di debolezza del contesto.

A2.3 Attivazione del Community Manager (AL: Cambiamenti): l'attività realizza un percorso di formazione ed empowerment delle figure chiamate gestire e coordinare il modello assistenziale proposto. Il Community manager deve saper leggere i bisogni dalla persona anziana e le necessità dei familiari (A1.1), delineare i migliori percorsi personalizzati di risposta comunitaria (A1.2) e a giocare il ruolo di "linker" sociale, organizzando incontri pubblici dove gli anziani e i familiari interessati potranno prendere consapevolezza dell'iniziativa, chiedere informazioni ed entrare in contatto con i partner promotori dell'iniziativa.

Deve quindi acquisire una conoscenza approfondita del sistema territoriale dei servizi socio-sanitari, sia in termini di attori che di interventi; maturare la capacità di lavorare in team, di relazionarsi con tutti gli attori (assistenti sociali, operatori, coordinatori, educatori, etc.) e di gestire i diversi professionisti chiamati a mettere in pratica il modello assistenziale personalizzato e di prossimità oggetto di sviluppo (WP3).

Deliverable:

D2.1 Mappatura dei bisogni, delle risorse e del territorio

D2.2 Materiale formativo Team Building (manuali, podcast, videopillole, etc.)

Azione 3	SVILUPPO				Durata M10-18
Partner	COOSS	ASP9	CdFM	AFAM	Cambiamenti
	x				x

L'azione 3 è finalizzata a sviluppare il modello assistenziale personalizzato e di prossimità, in grado di assegnare servizi, interventi e risorse calibrati sui bisogni di individuo/famiglia nel territorio di riferimento. Particolare attenzione è dedicata agli elementi necessari alla sua implementazione, in

termini di: architettura gestionale che permette di governare il processo; figure professionali e relativi ruoli che consentono di mettere in relazione bisogni, risorse e attori; strumenti (anche digitali) che supportano il Community Manager nel definire, assegnare e monitorare i piani assistenziali personalizzati (sull'individuo) e contestualizzati (sulla sua comunità). Risponde all'obiettivo realizzativo OR2.

Si articola nelle seguenti attività:

A3.1 Definizione del modello assistenziale (AL: COOSS): l'attività delinea il metodo e il processo di matching tra bisogno/rischio di fragilità rilevato e servizio/risorsa attivabile per ciascun beneficiario, definendo un modello di presa in carico che di fatto è composto da due dimensioni che si completano e si intersecano fra loro:

- Dimensione Domiciliare, con un mix personalizzato di servizi e prestazioni individuali e familiari;
- Dimensione Comunitaria, con un mix contestualizzato di risorse comunitarie disponibili.

A3.2 Definizione di ruoli, responsabilità e strumenti (AL: Cambiamenti): l'attività delinea le dinamiche procedurali ed operative del Community Manager, che dovrà essere in grado di dare risposta ad alcune domande fondamentali, fra cui: come analizzare e gestire i bisogni degli utenti? Come comprendere le necessità del contesto familiare? Come attivare le risorse della comunità? Come fare il matching? Come collaborare con gli attori e gli stakeholder rilevanti? Come sviluppare e monitorare il piano di erogazione?

A3.3 Attivazione del punto unico di accesso (AL: COOSS): l'attività delinea e implementa l'infrastruttura tecnologica che consente al Community Manager di gestire il piano assistenziale e di proporre agli utenti e ai loro familiari un mix di interventi in modalità on line, fra cui esercizi di stimolazione cognitiva, teleconsulenze, chat di gruppo, etc.

Deliverable:

D3.1 Modello di Assistenza MAPPET

D3.2 Punto di accesso digitale

Azione 4	SPERIMENTAZIONE del modello				Durata M16-30
Partner	COOSS	ASP9	CdFM	AFAM	Cambiamenti
	x	x	x	x	x

L'azione 4 è finalizzata a testare il modello di assistenza con utenti reali dei territori target. L'erogazione delle prestazioni è realizzata innanzitutto nei contesti domiciliari, per poi procedere a livello di comunità con il ricorso alle risorse del territorio. La sperimentazione prevede di raggiungere un totale di 90 utenti, differenziando l'intensità dell'assistenza come segue: 20 utenti avranno accesso all'intero modello (con relativa dotazione tecnologica per la stimolazione cognitiva) mentre 70 avranno accesso alle forme di supporto, di consulenza e di tempo libero di qualità. Risponde all'obiettivo realizzativo OR3.

Si articola nelle seguenti attività:

A4.1 Preparazione della sperimentazione (AL: COOSS): l'attività consiste in un'attenta pianificazione dell'azione pilota, attraverso l'elaborazione di un **protocollo di sperimentazione** che andrà a definire il processo di reclutamento e adesione dei beneficiari (informativa privacy, consenso informato, registrazione, etc.), il ruolo e le responsabilità dello staff incaricato per ognuna delle prestazioni, gli strumenti di rilevazione di esiti e risultati, le raccomandazioni etiche e la gestione dei dati personali.

A4.2 Coinvolgimento dei beneficiari e valutazione cognitiva ex-ante (AL: AFAM): l'attività prevede la selezione e il coinvolgimento dei beneficiari diretti dell'iniziativa: utenti SAD/HCP raggiunti grazie all'azione condivisa fra ASP9, Comune di Falconara e COOSS Marche e persone over 65 interessati all'iniziativa. I beneficiari saranno sottoposti ad una valutazione cognitiva iniziale, da parte di Cambiamenti Sociali, necessaria per impostare un piano di lavoro individuale i cui contenuti, attività ed esercizi rispondano agli obiettivi sociali, funzionali e cognitivi prefissati.

I beneficiari indiretti saranno coinvolti con il supporto dei partner di progetto, tramite contatti telefonici, mail, creazione di post sulle pagine social dei partner, comunicati stampa ad enti di informazione locale, materiale cartaceo (volantini, opuscoli, ecc)

A4.3 Sperimentazione delle dimensioni individuali e di comunità (AL: COOSS): l'attività prevede l'erogazione di un mix di servizi personalizzati assegnati dal Community Manager ai singoli utenti. Il piano può prevedere l'erogazione dei seguenti servizi:

- **Esercizi di stimolazione cognitiva** tramite la piattaforma coossinrete.it, con dotazione tecnologica dedicata da assegnare a 20 beneficiari;
- Azioni di **empowerment e di supporto per familiari e caregiver** degli utenti (70 beneficiari);
- **Incontri e teleconsulti specialistici** per esigenze mirate (70 beneficiari);
- Iniziative di **socializzazione e tempo libero** in comunità, per utenti, familiari e caregiver (70 beneficiari).

A4.4 Analisi e supervisione dei casi studio (AL: Cambiamenti): l'attività prevede una valutazione mirata dell'efficacia e dell'impatto, attraverso l'analisi, la discussione e la supervisione di 15 casi studio. Vengono definiti i criteri, i parametri e gli indicatori per la valutazione dell'intervento, sia in termini di impatto che di gradimento. L'azione di coordinamento del Community Manager comprende focus group di approfondimento con i servizi e gli attori coinvolti. L'obiettivo è fornire alla fase successiva (sostenibilità) misurazioni oggettive e circostanziate per procedere alla validazione del modello e alla sua integrazione nei sistemi assistenziali esistenti.

Deliverable:

D4.1 Piano di sperimentazione

D4.2 Report della sperimentazione (cartaceo e multimediale)

D4.3 Analisi dei casi studio

Azione 5	VALIDAZIONE e SOSTENIBILITA'				Durata M29-M35
Partner	COOSS	ASP9	CdFM	AFAM	Cambiamenti
		X	X		

L'azione 5 è finalizzata a pervenire alla stesura finale del Modello MAPPET, comprensivo di tutti gli elementi atti a consentirne la replicabilità e la trasferibilità. L'obiettivo è sottoporre il modello ad un processo di validazione economica e di sistema, affinché possa sostenersi nel tempo andando a integrare, potenziare, innovare e migliorare l'assistenza domiciliare nei territori target. La fase consente di raggiungere l'OR4.

Si articola nelle seguenti attività:

A5.1 Sostenibilità socio-economica (AL: COOSS): l'attività prevede la realizzazione di un'attenta analisi costi/benefici, al fine di ottenere le misurazioni e gli indicatori utili per definire i canali, le risorse e i fondi per una completa integrazione con il sistema socio-assistenziale-sanitario del territorio; anche gli aspetti di compartecipazione delle spese, di fonti alternative di finanziamento (es. assicurazioni) e di modelli innovativi di welfare (es. Welfare aziendale) sono presi in esame, così come l'introduzione della figura del Community Manager.

A5.2 Sostenibilità gestionale (AL: ASP9): l'attività prevede la realizzazione di un'attenta analisi di coerenza e fattibilità con il modello regionale di assistenza domiciliare, al fine di assicurare le condizioni operative di implementazione in termini di legislazione, autorizzazione, accreditamento; anche gli aspetti di policy sono analizzati, per fornire raccomandazioni ed indicazioni di carattere gestionale e di sistema.

Deliverable:

D5.1 Piano di sostenibilità economica

D5.2 Raccomandazioni per policy makers

Azione 6	COMUNICAZIONE				Durata M1-M36
Partner	COOSS	ASP9	CdFM	AFAM	Cambiamenti
	x	x	x	x	x

La fase trasversale è finalizzata a dare la massima informazione, comunicazione e disseminazione del progetto, delle sue attività e dei suoi risultati, attraverso una divulgazione coordinata e condivisa con il duplice fine di:

- Dare visibilità e riconoscibilità al progetto a tutti i livelli, evidenziando il ruolo dell'ente finanziatore, dei singoli partner e dando rilevanza dell'impatto delle attività sul territorio e sulla vita dei destinatari finali;
- Definire e praticare una strategia di engagement su misura per i diversi tipi di beneficiari, ovvero anziani, le loro famiglie e le comunità locali.

La fase consente di raggiungere l'OR5.

Si articola nelle seguenti attività:

A6.1 Sviluppo Linea Grafica (AL: AFAM): l'attività realizza la linea grafica al fine di rendere il progetto riconoscibile. La grafica mantiene un layout coerente per tutta la durata del progetto in ogni produzione cartacea e online proposta.

A6.2 Azioni online (AL: AFAM): l'attività facilita la relazione e lo scambio tra i destinatari attraverso i social media: saranno valorizzate Fanpage Facebook già attive, al fine di potenziare i canali esistenti ed evitare dispersione/duplicazione delle informazioni generata dall'introduzione di ulteriori canali. I partner raggiungono infatti numeri di followers rilevanti (COOSS: 10000, AFAM: 5000). AFAM metterà inoltre a disposizione la sua newsletter (1000 iscritti) per la divulgazione di informazioni e risultati sul progetto MAPPET.

L'attività include inoltre una campagna social con la realizzazione di materiale storytelling (video/foto/audio) da utilizzare sui social media, radio locali, tv locali, giornali locali per la divulgazione del progetto.

A6.3 Azioni offline (AL: AFAM): l'attività prevede la distribuzione di materiale informativo e promozionale in formati stampabili vari (volantini, brochure), uscite su TV e giornali locali e l'organizzazione di un evento finale di progetto per raggiungere ed accrescere l'engagement offline e per promuovere le iniziative del progetto nel territorio target.

Deliverable:

D6.1 Piano di Comunicazione

D6.2 Report della Disseminazione

ELEMENTI DI INNOVATIVITÀ DELLA PROPOSTA

Gli aspetti innovativi introdotti da MAPPET riguardano i seguenti livelli:

- **organizzativo:** propone un scaling up dell'assetto attuale amplificando le connessioni che si instaurano tra gli attori del sistema dei servizi e gli utenti;
- **relazionale:** struttura un ruolo proattivo dei familiari nella dinamica esistente tra essi, il beneficiario degli interventi ed il servizio/i, valorizzando il potenziale sociale latente a vantaggio del benessere emotivo-relazionale;
- **assistenziale:** sposta il focus delle cure da una logica reattiva ad una predittiva, grazie alle informazioni acquisite mediante la tecnologia, e fornisce indicazioni relative all'evoluzione tendenziale della persona, utili a calibrare le azioni per sviluppare il potenziale residuo afferente a ciascun dominio cognitivo e/o funzionale che si rende necessario;
- **sistemico:** rende il modello esportabile nel suo complesso socio-tecnico-relazionale in altri territori e

contesti, potendo essere adottato a prescindere dal quadro regolatorio e di rimborso dei servizi adottato a livello regionale.

Ulteriore elemento innovativo di MAPPET è l'introduzione del modello *people and place based* in territori fortemente caratterizzati da logiche programmatiche e di intervento prettamente tradizionali; risulta quindi innovativa l'attivazione di un processo iterativo di perfezionamento e trasformazione delle comunità e dei territori. Il modello si caratterizza per una combinazione ibrida di risorse umane, comunitarie e tecnologiche. Se da un lato, la prossimità rappresenta l'approccio strategico innovativo per ridurre il vulnus in termini di accessibilità ai servizi e all'assistenza delle persone anziane, l'innovazione tecnologica rappresenta lo strumento di ausilio per supportare e promuovere l'accesso smart ad alcuni servizi di supporto nelle attività quotidiane utili a garantire la sicurezza e il mantenimento di corretti stili di vita.

Allo stesso tempo, il modello proposto da MAPPET pone al centro del proprio core il fruitore dei servizi, il suo nucleo familiare e i suoi caregiver come soggetti attivi nel processo di programmazione degli interventi e di conseguenza delle scelte programmatiche strategiche sul territorio poiché raccoglie direttamente i bisogni individuali e li geolocalizza, permettendo di convertire bisogni concreti in offerta di prestazioni. La capacità innovativa di MAPPET si esplica quindi su due dimensioni: quella endogena, poiché interviene sulla persona e sul suo nucleo familiare; e quella esogena, implementando tipologia, accessibilità e dotazioni spaziali di servizi alla persona.

Infine, il modello proposto da MAPPET, è in grado di innescare un processo di innovazione sociale, potendo essere inserito nell'offerta territoriale pubblica come modello di intervento integrato tra servizi alla persona, ausilio di ICT e tecnologie assistive, di rilevazione del bisogno e monitoraggio della domanda.

PARTNERSHIP E ALLEANZE TERRITORIALI

(network e connessioni sul territorio di riferimento, utili e funzionali alla realizzazione del progetto)

- Denominazione:
- Ruolo svolto:
- Fase progettuale in cui agisce (Azione/Attività):
- Interesse perseguito nella partecipazione all'iniziativa:
- Esperienza e competenza specifiche apportate

La **partnership di progetto** si compone di un totale di 6 partner:

- COOSS (ente capofila)
- 4 partner operativi percettori, di cui 2 pubblici (ASP 9 e Comune di Falconara Marittima) e 2 privati (AFAM Marche e Cambiamenti)
- 1 partner sostenitore (Alzheimer Uniti Italia)

Il loro contributo al progetto è riportato sinteticamente nella tabella che segue:

Azione	Interesse al progetto	Esperienze e competenze
COOSS		
Azione 1	- acquisire competenze professionali, nonché nuovi modelli operativi di intervento	È una presenza forte e significativa sul territorio di intervento, sia in termini di servizi (SAD, HCP, Centri Diurni, gestione servizi residenziali) che in termini di progettualità e azioni innovative.
Azione 2	- migliorare e potenziare i servizi di assistenza domiciliare	
Azione 3	- mettere a disposizione la piattaforma coossinrete.it e farne beneficiare il maggior numero di utenti	
Azione 4	- accrescere e rafforzare il collegamento con le realtà del territorio.	
Azione 5		
Azione 6		
ASP 9		

Azione 1	- potenziare, rafforzare e ampliare la portata dei servizi domiciliari	ASP 9 gestisce i servizi alla persona di tutti i comuni dell'ATS 9, e nel tempo è diventata un punto di riferimento regionale. Partecipa a bandi nazionali e regionali; in particolare, a iniziative finanziate dalla Fondazione Cariverona (WellDone, I love Jesi).
Azione 2	- incidere maggiormente nella dimensione dell'integrazione e nella	
Azione 4	rilevazione precoce della fragilità	
Azione 5	- migliorare la qualità della vita degli anziani, familiari e caregiver	
Azione 6	- intervenire con un modello innovativo, integrato, multidisciplinare e multiattore nei piccoli comuni della Vallesina, dove l'isolamento sociale è più presente e dove la fragilità ha più dimensioni	
Comune di Falconara Marittima		
Azione 1	- potenziare, rafforzare e ampliare la portata dei servizi domiciliari	Il CdFM è un piccolo comune della fascia costiera, in continuità con il comune capoluogo Ancona. Partecipa a progetti finanziati da bandi nazionali e regionali; attualmente collabora con COOSS Marche per alcune azioni pilota (progetti VR2Care, WellDone, etc).
Azione 2	- incidere maggiormente nella dimensione dell'integrazione e della	
Azione 4	rilevazione precoce della fragilità	
Azione 5	- intervenire sui bisogni della popolazione anziana con azioni più -	
Azione 6	funzionali	
	- migliorare la qualità della vita di utenti, familiari e caregiver	
	- rafforzare le sinergie tra SAD/HCP e altri interventi di prossimità.	
AFAM		
Azione 1	- supportare familiari e caregivers di persone con demenza,	AFAM porta con sé una notevole esperienza a fianco delle famiglie e dei caregivers di persone con demenza, avendo organizzato diverse iniziative a loro dedicate, corsi di formazione, e in generale azioni di informazione, sensibilizzazione e divulgazione.
Azione 4	alleviando il carico assistenziale	
Azione 6	- dare sollievo e sostegno e combattendo l'isolamento sociale	
	- attivare interventi di supporto coordinati e integrati in ottica multidimensionale	
	- acquisire ulteriori contenuti ed elementi per formare operatori, volontari e familiari sempre più consapevoli	
Cambiamenti		
Azione 1	- favorire un cambio di atteggiamento e di politiche sociali nei	Cambiamenti ha una consolidata esperienza nella formazione, nella prevenzione e nella promozione della cura centrata sulla persona e famiglia. Apporta know-how nel campo delle demenze e in equipe multidisciplinari orientate al benessere della persona anziana nel proprio ambiente di vita.
Azione 2	confronti della definizione di nuovi diritti per la persona malata e il	
Azione 3	caregiver	
Azione 4	- ampliare la rete di servizi per alleggerire il carico economico,	
Azione 6	psicologico e sociale della cura	
	- apportare un contributo altamente specializzato, qualificato e competente alla rilevazione precoce della fragilità	
	- implementare e mettere in atto l'approccio integrato e preventivo	
AUI		
Azione 6	- valorizzare la propria rete di contatti e di associati per dare massima visibilità al progetto e ai risultati	AUI apporta a titolo gratuito il proprio know-how e la propria professionalità per sostenere la disseminazione del progetto.
	- sensibilizzare il pubblico al tema della fragilità e della prevenzione	

Le **alleanze territoriali** sinergiche alla realizzazione di MAPPET sono:

- Servizi sociali delle amministrazioni pubbliche/enti locali
- Gestori privati e no profit dei servizi domiciliari (es. cooperative sociali)
- Enti del Terzo Settore (enti di volontariato, associazioni, fondazioni, onlus, etc.)
- Luoghi (parrocchie) ed associazioni locali (sportive, ricreative, culturali)
- Centri sociali, centri diurni, centri ricreativi
- Servizi sanitari territoriali (ASUR Marche, Unità Valutative Multidisciplinari)
- Medici e specialisti nel settore dell'invecchiamento (geriatri, fisioterapisti, etc.)
- Esperti delle nuove tecnologie applicate ai servizi alla persona
- Esperti nella disseminazione, nei social media e media network

TIPOLOGIA DI COLLABORAZIONI (SELEZIONE)

COLLABORAZIONI PARZIALMENTE INEDITE

Breve descrizione dell'eventuale livello di innovatività della partnership e di come la collaborazione contribuisca alla generazione di impatto sociale

La collaborazione tra i partner di MAPPET è parzialmente inedita in quanto, se da un lato è forte di collaborazioni già consolidate e durature con gli enti locali, dall'altro si apre a nuove collaborazioni con gli enti del terzo settore.

In particolare, COOSS collabora in maniera strutturale con ASP 9 e Comune di Falconara Marittima, per la gestione dei servizi SAD e HCP; parallelamente AFAM ha collaborato con gli enti locali per l'attivazione dei Cafè Alzheimer.

Nell'ambito del Terzo Settore, mentre la collaborazione tra AUI, AFAM e Cambiamenti è anch'essa strutturata, risulta nuova nei territori di intervento, la collaborazione con COOSS. Particolarmente interessante, in questo senso, è la possibilità di dare seguito all'attività di diagnosi precoce e di supporto ai familiari quali azione migliorativa dei servizi gestiti da COOSS.

TEAM DI GESTIONE DEL PROGETTO (figure chiave coinvolte: profili, ruoli, responsabilità)

Profilo	Ruolo	Responsabilità	Individuato	Assunzione
COOSS				
Project Manager	Coordinatore progetto	Gestione e coordinamento iniziativa	Si	No
Project Assistant	Referente territoriale progetto	Realizzazione e monitoraggio attività	Si	No
Ufficio rendicontazione	Amministrativo progetto	Gestione amministrativa e finanziaria	Si	No
Supervisore	Responsabile marketing	Analisi sostenibilità economica	Si	No
ASP 9				
Vice Responsabile UO Anziani	Vice Responsabile UO Anziani	Coordinatrice	Si	No
Assistente sociale	Assistente sociale UO Anziani	Referente HCP	Si	No
Assistente sociale	Assistente sociale UO Anziani	Referente territorio ATS 9 e SAD	Si	No
Amministrativa	Amministrativa UO Anziani	Addetta rendicontazione	Si	No
Comune di Falconara Marittima				
Istruttore Direttivo Amministrativo	Responsabile UOC Attività e Servizi Sociali	Amministrativa	Si	No
Istruttore Direttivo Amministrativo	amministrativo UOC Attività e Servizi Sociali	Contabile	Si	No
Istruttore Direttivo Socio Assistenziale	Assistente Sociale UOC Attività e Servizi Sociali	Sociale	Si	No
AFAM				
Psicologa	Coordinatore	Coordinamento delle attività	Si	No
Addetta alla segreteria	Assistente e social media	Comunicazione e disseminazione	Si	No
Psicologa	Operatore progetto	Eventi on-line ed offline per caregiver	Si	No
Cambiamenti				
Neuropsicologa	Coordinatore	Valutazioni, monitoraggio, interventi	Si	No
Psicologa	Operatore progetto	Conduzione attività psicosociali	Si	No

MODALITÀ DI CO-PROGETTAZIONE, COINVOLGIMENTO ATTIVO DEI DESTINATARI E DELLA COMUNITÀ DI RIFERIMENTO

Gli **utenti SAD e HCP**, principali beneficiari delle attività progettuali, saranno i principali attori nella fase di analisi dei bisogni: saranno infatti coinvolti in focus group e attività che consentano di identificare e mappare le loro esigenze. Avranno inoltre un ruolo chiave nella sperimentazione del sistema e nella valutazione della sua efficacia. ASP9, Comune di Falconara Marittima e COOSS avranno un ruolo preminente nel garantire il coinvolgimento attivo degli utenti.

I **familiari ed i caregivers** saranno ugualmente coinvolti nell'identificazione dei bisogni e delle criticità che incontrano nell'assistere i propri cari. Per questo gruppo sono previste modalità di coinvolgimento *in presenza*, quali focus group dedicati e partecipazione alle attività di rilevazione dei bisogni organizzate per gli utenti, e *modalità on-line*, quali questionari a risposta multipla in forma anonima. AFAM garantisce il coinvolgimento di numerosi nuclei familiari, grazie alla sua mission orientata al supporto dei familiari e alla stretta collaborazione con Alzheimer Uniti Italia (partner sostenitore del progetto)

Le **risorse territoriali** saranno coinvolte ed invitate a co-progettare servizi aggiuntivi che possano potenziare sia la presa in carico che la capacità di risposta territoriale. Agganciare risorse territoriali ad un sistema già ben rodato e funzionante permetterà di incrementare la portata del servizio, puntando sull'integrazione di diverse componenti, piuttosto che sull'attivazione di servizi/interventi totalmente

nuovi che rischiano di scontare le note difficoltà di sostenibilità e continuità. Una volta eseguita la mappatura delle risorse potenzialmente disponibili sul territorio, i referenti saranno coinvolti in tavoli di lavoro finalizzati alla progettazione congiunta di attività aggiuntive (in presenza) e ad incontri più mirati tramite modalità online. Tutti i partner contribuiranno al coinvolgimento di risorse territoriali, grazie alle numerose collaborazioni già attive, che fungeranno da catalizzatore per nuovi contatti.

MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELL'INIZIATIVA POST FASE DI START-UP E ANALISI DI SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

(analisi delle prospettive di sviluppo, di funzionamento e di sostenibilità economica del modello dopo la sperimentazione eventualmente supportata dalla Fondazione)

Al fine di valutare l'impatto socioeconomico del progetto verranno utilizzati i seguenti strumenti di misurazione:

- SROI (Social Return of Investment), al fine di analizzare il ritorno di valore generato dall'insieme dei guadagni clinici prodotti a livello di utenti, del personale sociosanitario afferente alle organizzazioni coinvolte e nel sistema dei servizi nel suo complesso;
- MAFEIP tool (<https://www.mafeip.eu/supporting-materials>, strumento realizzato ed adottato dalla Commissione Europea nel perimetro dell'iniziativa EIP-AHA), al fine di valutare l'impatto economico prodotto dall'innovazione del modello di servizio introdotto da MAPPET.

Sulla base delle evidenze acquisite e generate dalla valutazione sarà possibile strutturare un processo di adozione del modello di intervento grazie al quale altri care provider e istituzioni potranno configurare il personale in essi operante, dedicato agli interventi domiciliari a favore di persone anziane, nella prospettiva delle cure "ibride" supportate dalle tecnologie.

Verrà data evidenza di come, a fronte di un investimento formativo e tecnologico iniziale, sarà possibile generare delle economie complessive derivanti dal mix prodotto dall'ottimizzazione di quanto viene attualmente svolto in presenza e dai mancati costi generati dall'incremento di fabbisogno di cure dei cittadini presenti nel territorio di riferimento.

SCALABILITÀ DELL'INIZIATIVA (SELEZIONE E DESCRIZIONE)

(indicare il livello di scalabilità, intesa come capacità del progetto di espandersi, senza un impiego di risorse proporzionali - economie di scala-)

ALTA

Descrivere gli elementi che possono aumentare le dimensioni del modello proposto in modo anche esponenziale senza un impiego di risorse proporzionali.

I principali elementi configurabili come potenziatori di economie di scala sono i seguenti:

Punto Unico di Accesso Digitale: realizzato, testato e valutato durante il progetto, il punto di accesso rimarrà un modello utilizzabile e fruibile, che non richiederà ulteriori costi di sviluppo, ma soltanto di manutenzione e aggiornamento tecnico e contenutistico.

Community Managers: figure formate durante il progetto MAPPET, il cui know-how rimarrà a disposizione dopo la fine del progetto. Il Community Manager potrà fungere da mentore e formatore per nuove figure professionali da avviare alla stessa professione, privilegiando approcci job-shadowing e di affiancamento per abbattere i costi della formazione.

Contenuti specialistici: video, tutorial e consigli in pillole emersi durante le consulenze specialistiche e le iniziative di supporto ai familiari verranno raccolte in una sezione dedicata nel Punto Unico di Accesso e resi fruibili a quanti cerchino suggerimenti mirati. Le videoconferenze tenute da specialisti quali nutrizionisti, geriatri, fisioterapisti, rimarranno disponibili nel Punto Unico di Accesso, previo consenso precedentemente firmato.

Interventi per il tempo libero di qualità: gli interventi organizzati in collaborazione con le risorse del territorio durante la sperimentazione del modello MAPPET saranno soggetti ad uno studio di sostenibilità economica e ad un'analisi costi/benefici, per identificare i margini di replicabilità dopo la fine del progetto.

REPLICABILITÀ DELL'INIZIATIVA (SELEZIONE E DESCRIZIONE)
ALTA
<p>Descrivere gli elementi che rendono la proposta potenzialmente trasferibile in altri contesti (territoriali, settoriali, di ambito di intervento): presupposti, relazioni attivabili, attività di modellizzazione in corso, etc...</p> <p>La trasferibilità del modello MAPPET è facilitata dalle seguenti condizioni:</p> <p>Condizioni territoriali: tutti i partner coinvolti nel progetto operano in aree territoriali più vaste rispetto a quelle preposte alla sperimentazione del progetto. La replicabilità del modello in altri contesti territoriali, con il coinvolgimento di altri ambiti sociali soprattutto a livello regionale, è pertanto un obiettivo altamente ipotizzabile.</p> <p>Condizioni settoriali: la multidisciplinarietà dei partner garantisce la capacità di arricchimento dei contenuti del Punto Unico di Accesso oltre la durata del progetto, soprattutto in termini di supporto alle famiglie (AFAM), di iniziative per il tempo libero di qualità (COOSS e Cambiamenti), di soluzioni tecnologiche in grado di offrire opportunità di socializzazione e di stimolazione cognitiva (COOSS).</p> <p>Condizioni politico-amministrative: la partecipazione attiva degli enti locali preposti all'offerta di servizi domiciliari garantisce l'attenzione e l'interesse per lo sviluppo di un modello che vada oltre un'offerta prettamente assistenziale. L'analisi di sostenibilità economica, l'individuazione delle carenze e delle criticità in essere e delle capacità di risposta offerte dal modello MAPPET saranno fondamentali per garantirne la sostenibilità, il miglioramento e la trasferibilità.</p> <p>Inoltre, il modello MAPPET, sviluppato e sperimentato per il target anziani, prevede una facile replicabilità nei confronti di altre categorie di fragilità (es. disabilità).</p>

ANALISI SWOT (max 3 elementi, i principali, per ciascuna sezione)	
<p>PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilità di ampliare il numero di utenti seguiti a parità di risorse umane coinvolte - Cost saving sia lato utente/famiglia che servizio grazie alla remotizzazione della presa in carico - Riduzione dell'impatto ambientale del servizio mediante la riduzione di CO2 prodotta e di energia consumata 	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesione da parte degli stakeholder locali alla messa in rete delle informazioni e delle opportunità sulle quali costruire un piano integrato a supporto della persona e dei suoi interessi specifici - Compliance da parte dei familiari in termini di disponibilità a sostenere il processo di innovazione nella fruizione del servizio di teleriabilitazione
<p>OPPORTUNITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilità di un punto unico digitale di accesso nel quale poter installare ulteriori funzionalità e tasks a vantaggio della risposta del servizio e della sua ottimizzazione - Creazione di un'alleanza locale con gli stakeholder volta a sostenere un ecosistema di innovazione digitale di accesso ai servizi alla salute 	<p>MINACCE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digital skills gap sia lato utente che del personale socio-sanitario coinvolto - Carenza di connettività nelle aree territoriali coinvolte - Scarsità di infermieri e delle professionalità sanitarie nel mercato del lavoro

<p>PIANO DEI COSTI</p> <p>(Dettagliare il piano dei costi per ciascuna delle attività progettuali previste indicate alla sezione "Piano operativo di massima". Possono essere aggiunte le righe necessarie per rappresentare il numero di azioni previste, risorse umane coinvolte – personale strutturato e/o professionisti esterni -, partner coinvolti)</p>

TABELLA 1 - COSTI PER SINGOLA AZIONE PROGETTUALE PREVISTA

Titolo Azione 1: GOVERNANCE	Importo €	Cofinanziamento	Contributo richiesto
Beni strumentali	-	-	-
Personale dipendente - COOSS	55.260,00	41.749,00	13.511,00
Personale dipendente - ASP 9	13.770,00	11.087,00	2.683,00
Personale dipendente - CdFM	6.471,00	4.794,60	1.676,40
Personale dipendente - AFAM	900,00	-	900,00
Personale dipendente - CAMBIAMENTI	1.800,00	-	1.800,00
Prestazioni professionali di terzi	-	-	-
Spese di comunicazione	-	-	-
Materiale di consumo	-	-	-
Altre spese specifiche di progetto (specificare)	-	-	-
Sub Totale Azione 1	78.201,00	57.630,60	20.570,40
Titolo Azione 2: ENGAGEMENT			-
Beni strumentali	-	-	-
Personale dipendente	-	-	-
Prestazioni professionali di terzi - COOSS	546,00	-	546,00
Prestazioni professionali di terzi - ASP 9	7.315,00	-	7.315,00
Prestazioni professionali di terzi - CdFM	2.884,00	-	2.884,00
Prestazioni professionali di terzi - CAMBIAMENTI	4.000,00	-	4.000,00
Spese di comunicazione	-	-	-
Materiale di consumo	-	-	-
Altre spese specifiche di progetto (specificare)	-	-	-
Sub Totale Azione 2	14.745,00	-	14.745,00
Titolo Azione 3: SVILUPPO			
Beni strumentali	-	-	-
Personale dipendente - COOSS	9.234,00	-	9.234,00
Personale dipendente - CAMBIAMENTI	3.600,00	3.100,00	

			500,00
Prestazioni professionali di terzi - COOSS	35.000,00	-	35.000,00
Prestazioni professionali di terzi - ASP 9	3.000,00	-	3.000,00
Prestazioni professionali di terzi - CdFM	3.000,00	-	3.000,00
Spese di comunicazione	-	-	-
Materiale di consumo	-	-	-
Altre spese specifiche di progetto (specificare)	-	-	-
Sub Totale Azione 3	53.834,00	3.100,00	50.734,00
Titolo Azione 4: SPERIMENTAZIONE			
Beni strumentali - COOSS	34.000,00	-	34.000,00
Beni strumentali - CAMBIAMENTI	500,00	-	500,00
Personale dipendente - AFAM	3.600,00	3.000,00	600,00
Personale dipendente - CAMBIAMENTI	3.600,00	3.100,00	500,00
Prestazioni professionali di terzi - COOSS	42.205,00	-	42.205,00
Prestazioni professionali di terzi - ASP 9	26.880,00	-	26.880,00
Prestazioni professionali di terzi - CdFM	10.668,00	-	10.668,00
Prestazioni professionali di terzi - CAMBIAMENTI	5.500,00	-	5.500,00
Spese di comunicazione - ASP 9	950,00	-	950,00
Spese di comunicazione - CdFM	950,00	-	950,00
Materiale di consumo	-	-	-
Altro: iniziative per il tempo libero di qualità - COOSS	22.500,00	-	22.500,00
Sub Totale Azione 4	151.353,00	6.100,00	145.253,00
Titolo Azione 5: VALIDAZIONE e SOSTENIBILITA'		-	
Beni strumentali	-	-	-
Personale dipendente - ASP 9	1.720,00	-	1.720,00
Prestazioni professionali di terzi - COOSS	10.000,00	-	10.000,00
Spese di comunicazione	-	-	-
Materiale di consumo	-	-	-

Altre spese specifiche di progetto (specificare)	-	-	-
Sub Totale Azione 5	11.720,00	-	11.720,00
Titolo Azione 6: COMUNICAZIONE			
Beni strumentali - AFAM	500,00	-	500,00
Beni strumentali - CAMBIAMENTI	500,00	-	500,00
Personale dipendente	-	-	-
Prestazioni professionali di terzi - AFAM	4.500,00	-	4.500,00
Prestazioni professionali di terzi - CAMBIAMENTI	10.000,00	-	10.000,00
Spese di comunicazione - ASP 9	1.800,00	-	1.800,00
Spese di comunicazione - AFAM	5.500,00	-	5.500,00
Spese di comunicazione - CAMBIAMENTI	1.500,00	-	1.500,00
Materiale di consumo	-	-	-
Altre spese specifiche di progetto (specificare)	-	-	-
Sub Totale Azione 6	24.300,00	-	24.300,00

TABELLA 2 - DETTAGLIO DEI COSTI DEL PERSONALE E/O DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI

Personale dipendente strutturato (assegnato in quota parte, fino ad un massimo del 30% del costo complessivo di progetto)	Nr ore	Costo orario	Costo totale	Ente capofila/Partner
Coordinamento del progetto	432	28,00	12.096,00	COOSS
Gestione operativa del progetto	1.980	18,00	35.640,00	COOSS
Rendicontazione del progetto	288	16,00	4.608,00	COOSS
Monitoraggio del progetto	162	18,00	2.916,00	COOSS
Sviluppo del modello	162	57,00	9.234,00	COOSS
Coordinamento del progetto	180	21,50	3.870,00	ASP 9
Gestione operativa del progetto	360	21,50	7.740,00	ASP 9
Rendicontazione del progetto	108	20,00	2.160,00	ASP 9
Monitoraggio del progetto	80	21,50	1.720,00	ASP 9
Coordinamento del progetto				Comune di

	90	21,50	1.935,00	Falconara
Gestione operativa del progetto	144	21,50	3.096,00	Comune di Falconara
Rendicontazione del progetto	72	20,00	1.440,00	Comune di Falconara
progettazione e coordinamento delle attività del partner	180	20	3.600,00	AFAM Marche
monitoraggio degli interventi	45	20	900,00	AFAM Marche
progettazione e coordinamento delle attività del partner	180	20	3.600,00	Cambiamenti
monitoraggio degli interventi	72	25	1.800,00	Cambiamenti
progettazione e coordinamento	180	20	3.600,00	Cambiamenti

TABELLA 3 - SCHEMA DI SINTESI PER PARTNER OPERATIVO COINVOLTO

Piano Costi complessivo	Importo €	Cofinanziamento	Contributo richiesto
Ente Capofila - COOSS	208.745,00	41.749,00	166.996,00
ASP 9	55.435,00	11.087,00	44.348,00
CdFM	23.973,00	4.794,60	19.178,40
AFAM	15.000,00	3.000,00	12.000,00
CAMBIAMENTI	31.000,00	6.200,00	24.800,00
Totale Costi	334.153,00	66.830,60	267.322,40

ELEMENTI DESCRITTIVI A COMMENTO DEL PIANO DEI COSTI

(sintetica relazione descrittiva della composizione del budget di progetto funzionale a facilitarne la valutazione di coerenza e congruenza)

Il partenariato ha le capacità e competenze per svolgere il piano di lavoro proposto, ma dovrà affidare a soggetti esterni le seguenti attività:

- Formazione e consulti specialistici;
- Sviluppo tecnologico del Punto Unico di Accesso Digitale
- Analisi della sostenibilità
- Realizzazione grafica dell'identità di progetto

Le organizzazioni e le professionalità preposte allo svolgimento di tali attività sono state individuate nell'ambito delle reti professionali territoriali dei partner di progetto, per garantire la prossimità e facilitare la sostenibilità del modello nel lungo termine.