

Interreg
Italia-Slovenija



Cofinanziato
dall'Unione europea
Sofinancira
Evropska unija

ITA-SI0100007

CrossCare 2.0

Scheda progettuale

Scaricato il 12.09.2024, 16:09 GMT+2

Versione 5.0

Lingua del modulo: IT

Lingua di inserimento: IT

Valuta: EUR

A - Dati identificativi del progetto

A.1 - Dati identificativi del progetto

ID del progetto (creato automaticamente)	ITA-SI0100007
Nome organizzazione del lead partner	Cooperativa Itaca società cooperativa sociale onlus
Nome organizzazione del lead partner (in lingua inglese)	Social Cooperative Itaca
Titolo progetto	CrossCare 2.0 - Strategie integrate e condivise per la capitalizzazione del Modello CrossCare
Acronimo progetto	CrossCare 2.0
Priorità del programma	Una migliore governance della cooperazione
Obiettivo specifico della priorità	ISO 1.(b): Potenziamento di una amministrazione pubblica efficiente mediante la promozione della cooperazione giuridica e amministrativa e della cooperazione fra cittadini, attori della società civile e istituzioni, in particolare con l'intento di eliminare gli ostacoli di tipo giuridico e di altro tipo nelle regioni frontaliere
Durata del progetto (mesi)	18

A.2 Sintesi del progetto

Fornire una breve descrizione del progetto e descrivere:

- la sfida comune dell'area del programma affrontata dal vostro progetto;
- l'obiettivo generale del progetto e il cambiamento previsto che il progetto apporterà alla situazione attuale;
- cosa c'è di innovativo nel vostro progetto;
- i principali output e risultati che il progetto svilupperà e chi ne beneficerà
- l'approccio che si prevede di adottare e perché è necessaria una cooperazione transfrontaliera.

Il progetto CrossCare 2.0 mira a costruire una risposta adeguata al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, sfida comune dell'Area Programma che a medio termine avrà un impatto significativo sulle politiche sanitarie e di inclusione sociale. L'obiettivo generale è rafforzare la cooperazione e la governance dei processi decisionali pubblico-privati tra istituzioni e operatori chiave dei servizi sociosanitari per la cura dell'anziano nell'Area di Programma. Tale proposito verrà realizzato attraverso la capitalizzazione e il rafforzamento del Modello CrossCare® per sviluppare strategie condivise in risposta alla sfida comune dell'invecchiamento e potenziare il coordinamento dei servizi esistenti dell'area transfrontaliera. L'approccio innovativo del progetto prevede la realizzazione sperimentale di Patti di Comunità transfrontalieri a livello locale per sostenere un modello di presa in carico integrata e personalizzata dell'anziano e della sua famiglia, in sinergia tra servizi pubblici e privati e grazie alla collaborazione con la società civile e tutte le realtà formali e informali attive sul territorio. Si prevede quindi di capitalizzare il Modello Crosscare® attraverso tre output principali: il rafforzamento delle competenze dei PP, PA e degli operatori del settore grazie alla partecipazione a corsi di formazione congiunti sui metodi e gli approcci Crosscare®; il consolidamento del Modello e della collaborazione transfrontaliera tramite la realizzazione di Patti di Comunità per un approccio innovativo nella cura dell'anziano; il miglioramento dei servizi per un invecchiamento attivo grazie all'implementazione delle strategie di comunità con l'esperienza pilota del Modello CrossCare 2.0 con almeno 50 utenti. Attraverso l'approccio transfrontaliero i partner potranno accrescere le proprie competenze e sviluppare una strategia integrata comune per affrontare le esigenze della popolazione anziana nonché co-progettare e implementare azioni di welfare generativo.

The CrossCare 2.0 project aims at developing an adequate response to the ageing trend in the population, a common challenge in the Programme Area that will have a significant impact on healthcare and social inclusion policies in the medium term. The overall objective is to strengthen cooperation and governance in public-private decision-making processes involving institutions and key actors of social and healthcare services for the senior population in the Programme Area. This will be achieved by capitalising on and strengthening the CrossCare® Model in order to develop shared strategies that address the common challenge of population ageing and to improve the coordination of existing services in the cross-border area. The innovative approach of the project lies in the pilot action establishing cross-border Community Pacts at a local level to support an integrated and person-centred care model for the elderly and their caregivers, in synergy between public and private services and thanks to a partnership with civil society and all the formal and informal groups that are active in the community. The idea is thus to capitalise on the Crosscare® Model through three main outputs: (i) strengthening competences of PPs, PAs and professionals through participation in joint training courses on Crosscare® methods and approaches; (ii) consolidation of the Model and cross-border collaboration through the implementation of Community Pacts for an innovative approach in elderly care; (iii) improvement of services for active ageing thanks to the implementation of community strategies based on the pilot for the CrossCare 2.0 Model with at least 50 users. Through the cross-border approach, project partners will be able to enhance their competences and develop a common integrated strategy to address the needs of the elderly population as well as co-design and implement generative welfare actions.

A.4 Riepilogo del budget di progetto

Finanziamento del programma			Contributo					Bilancio totale del progetto
Fonte di finanziamento	Importo del finanziamento	Tasso di cofinanziamento (%)	Contributo pubblico automatico	Altro contributo pubblico	Contributo pubblico totale	Contributo o privato	Contributo totale	
FESR	529.897,21	80,00 %	81.059,47	21.601,40	102.660,87	29.813,44	132.474,31	662.371,52
Totale dei fondi UE	529.897,21	80,00 %	81.059,47	21.601,40	102.660,87	29.813,44	132.474,31	662.371,52
Bilancio totale del progetto	529.897,21	80,00 %	81.059,47	21.601,40	102.660,87	29.813,44	132.474,31	662.371,52

A.5 Riepilogo degli output e dei risultati di progetto

Indicatore output programma	Valore aggregato per indicatore di output del programma	Unità di misura	Numero di output	Titolo output	Valore obiettivo Output	Indicatore di risultato del programma	Valore base	Valore obiettivo indicatore Risultato	Unità di misura
Strategie e piani d'azione sviluppati congiuntamente	1,00	strategia/piano d'azione	Output 2.1	Linee guida transfrontaliere condivise per la redazione dei Patti di Comunità	1,00	Strategie e piani d'azione congiunti adottati da organizzazioni	0,00	1,00	strategia congiunta/piano d'azione
Organizzazioni che collaborano a livello transfrontaliero	15,00	organizzazioni	Output 3.1	Organizzazioni che collaborano a livello transfrontaliero nella sperimentazione del Modello CrossCare 2.0	15,00	Organizzazioni che cooperano a livello transfrontaliero dopo la conclusione di un progetto	0,00	15,00	organizzazioni

B - Partner di progetto

Riepilogo dei Partner

Numero partner associato	Stato	Nome organizzazione in inglese	Paese (NUTS 0)	Nome abbreviato dell'organizzazione	Ruolo del partner nel progetto	B.2 Partner associati	Budget totale ammissibile del partner
1	Attivo	Social Cooperative Itaca	Italia (IT)	Itaca	LP	ASFO - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale Città di Sacile Federsanità A.N.C.I. Friuli Venezia Giulia Servizio Sociale Dei Comuni Livenza - Consiglio - Cavallo	193.926,88
2	Attivo	-	Italia (IT)	ASP ITIS	PP	ASUGI	80.151,40
3	Attivo	-	Italia (IT)	Francescon	PP	AULSS 4 - Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 4 Veneto Orientale Città di Portogruaro	88.337,54
4	Attivo	-	Slovenija (SI)	DEOS d.o.o.	PP	Združenje koncesionarjev domov za starejše Zavod Aktivna Starost, so.p.	149.067,20
5	Attivo	-	Slovenija (SI)	DSO GROSUPLJE	PP		108.007,00
6	Attivo	-	Italia (IT)	DON MOSCHETTA	PP		42.881,50

B.1 Lead partner	
Numero Partner	1
Ruolo Partner	LP
Nome organizzazione in lingua originale	Cooperativa Itaca società cooperativa sociale onlus
Nome organizzazione in inglese	Social Cooperative Itaca
Nome abbreviato dell'organizzazione	Itaca
Dipartimento / servizio/ direzione	
B.1.2 Indirizzo principale del partner	
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Friuli-Venezia Giulia (ITH4)
NUTS 3	Pordenone (ITH41)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Vicolo R. Selvatico 16 33170 Pordenone
Sito web	www.itaca.copsoc.it
Indirizzo del dipartimento / servizio/ direzione (se applicabile)	
Paese (NUTS 0)	
Regione (NUTS 2)	
NUTS 3	
Via, Numero civico, Codice postale, Città	
Informazioni legali e finanziarie	
Tipo partner	Altro
Sottotipo di partner	
Stato giuridico	Soggetto privato
Si rimanda alla classificazione statistica delle attività economiche NACE Rav. 2 (2008) disponibile sul sito web di Eurostat.	Q.88
Numero partita IVA (se applicabile)	01220590937
La vostra organizzazione ha il diritto al recupero IVA, in conformità a quanto previsto dalla legislazione nazionale per le attività	Si

Informazioni legali e finanziarie	
realizzate nel progetto?	
Altro numero identificativo (se il numero di partita IVA non è disponibile, deve essere utilizzato un altro identificativo dell'organizzazione)	
Descrizione dell'altro identificativo (specificare il tipo di identificativo)	
PIC (dal registro dei partecipanti alla CE), se disponibile	948072375
Contatto	
Legale rappresentante	Dott. Paolo Castagna
Persona di contatto	Dott.ssa Flora Bernardi
Email	f.bernardi@itaca.coopsoc.it
N. telefonico	0434504000
Motivazione	
<p>Indicare quali sono le competenze tematiche dell'organizzazione e le esperienze rilevanti per il progetto. Si prega inoltre di descrivere qual'è l'attività principale dell'organizzazione e se l'organizzazione svolge normalmente attività economiche nel mercato.</p>	
<p>Dal 1992, Itaca opera in numerosi campi dell'impegno sociale, sanitario ed educativo, gestendo servizi nelle aree Anziani, Psichiatria, Minori e Disabilità nella regione FVG e nelle province di Treviso, Venezia, Belluno e Merano. La cooperativa è certificata UNI EN ISO 9001/2008.</p> <p>L'approccio che Itaca attua nell'espletamento dei servizi residenziali e di quelli territoriali per anziani ha un carattere globale e prende in considerazione la totalità del sistema dei servizi e non solo la somma delle singole parti e attività, considerate in modo isolato o indipendente. La progettazione e gestione dei servizi parte dalla necessità di assicurare una presa in carico integrata dell'anziano, mediante una personalizzazione dell'intervento in grado di mantenere l'autonomia della persona e/o potenziare le capacità residue. I servizi nell'ambito dell'assistenza residenziale sono: Coordinamento, Infermieristico, Fisioterapico, Educativo e di Animazione, Assistenza psicologica, Assistenza sociale, Assistenza di base, Trasporti, Ausiliari integrativi, Parrucchiere/Barbiere/ Podologo/Pedicure. I servizi territoriali comprendono: servizi di assistenza domiciliare (SAD)- un complesso di prestazioni di natura socio-assistenziale svolte presso il domicilio e rivolte a persone in situazioni di disagio, di parziale o totale non autosufficienza e/o a rischio di emarginazione, per il mantenimento delle persone nel loro ambiente, prevenendo la non autosufficienza, limitando il numero dei ricoveri per le persone con deficit rilevanti di autosufficienza, supportando utenti e care givers, centri sociali, centri di aggregazione per anziani autosufficienti, attivati per favorire la socializzazione e il mantenimento dell'abilità attraverso le proposte degli educatori e il raccordo delle risorse dei partecipanti stessi, centri diurni per anziani, servizi semiresidenziali per la prevenzione dell'istituzionalizzazione che offrono accoglienza diurna ad anziani autosufficienti e non autosufficienti.</p>	

Motivazione

Qual'è il ruolo e il coinvolgimento (contributo e attività principali) della vostra organizzazione nel progetto?

La cooperativa Itaca conta con expertise e competenze specifiche che favoriscono il raggiungimento dei risultati previsti dal progetto. Itaca vanta una profonda conoscenza del territorio e conta con la fiducia degli stakeholders (a livello locale e regionale) garantita anche dalla presenza di unità locali e differenti progettualità dislocate in ambito extra regionale, in un contesto geografico da regione di confine che facilita lo scambio e le relazioni.

Inoltre, la Cooperativa agevola l'inserimento del territorio in cui opera nel contesto delle politiche strutturali, favorendo la creazione di sistemi integrati tra pubblico e privato.

Itaca, in quanto Lead Partner, coordinerà il partenariato e assicurerà la buona riuscita del progetto, il raggiungimento dei risultati previsti e la rendicontazione degli stessi.

Itaca parteciperà al rafforzamento e alla diffusione del Modello CrossCare rafforzato di presa in carico integrata e personalizzata dell'anziano, in quanto perfettamente coincidente con gli obiettivi interni, mettendo in gioco interventi specialistici di altissimo livello professionale (per es. demenza e sviluppo di comunità) e contribuendo con il proprio know how al rafforzamento del modello e alla sua diffusione tramite il programma di formazione congiunta. La formazione continua e l'armonizzazione delle figure professionali rientrano nella vision che Itaca sposa in tutti i servizi che progetta e gestisce.

Itaca inoltre parteciperà al percorso di consulenza previsto nel WP2 per la redazione delle Linee Guida e lavorerà attivamente sul territorio di Sacile per la realizzazione del Patto di Comunità capitalizzando la profonda conoscenza del territorio e le collaborazioni già in essere con gli attori presenti. Nel contesto del WP3 Itaca sperimenterà il modello rafforzato e l'efficacia dei Patti di Comunità nel Comune di Sacile e collaborerà con i partner nello scambio di best practice e nella valutazione del Modello rafforzato.

Se siete il lead partner, descrivete qui la capacità e l'esperienza della vostra organizzazione nella gestione e nel coordinamento di progetti cofinanziati dall'UE o di altri progetti internazionali. Se siete il partner del progetto che coordinerà la comunicazione (che quindi assumerà il ruolo di responsabile della comunicazione del progetto), descrivete qui le competenze e le esperienze della vostra organizzazione in materia di comunicazione.

Nel settennato 2007-2013 Itaca è stata partner di vari progetti europei, tra cui menzioniamo "Bit Generation: promozione dell'accesso alla società dell'informazione in contesti montani" (Programma Interreg IV Italia-Austria) e "Let's move the Market" (Programma Youth in Action).

Per il settennato 2014-2020, la Cooperativa ha deciso di investire ulteriormente sulla progettazione europea presentando progetti a valere su Erasmus+, Horizon 2020, Easi, Spazio Alpino, Premio Innovazione sociale, e Europa per i cittadini.

Itaca è stata LP del progetto "Let's move to improve", KA1, Mobilità per l'apprendimento, Erasmus+. La tematica del progetto è quella della presa in carico dell'utenza. In particolare, tra i temi sui quali si sono organizzate 4 formazioni internazionali (3 in Germania e 1 in Croazia) ci sono: "L'anziano con demenza", "Inclusione delle persone affette da disabilità e da problemi di salute mentale", "Il welfare di servizio", "La presa in carico dell'utente all'interno del contesto di appartenenza".

Attualmente Itaca è LP del progetto "CHANGE - pathways to prevent and combat gender-based violence", PROJECT: 101049401- CHANGE- CERV-2021-DAPHNE. Il Progetto, che conta una cordata di 13 partner, lavorerà per contrastare la violenza di genere e avrà una durata complessiva di 24 mesi. ITACA sarà il partner responsabile che coordinerà la comunicazione nominando un Communication Manager (CM) che opererà in sinergia con il Project Manager e tutto il partenariato e sarà responsabile della redazione e della realizzazione del Piano di Comunicazione. Grazie alla sua esperienza di comunicazione integrata e in altre progettazioni europee, conta già tra il suo staff personale esperto che si occupa di disseminazione/ storytelling attraverso diversi canali, con l'obiettivo di dare evidenza e

Motivazione			
notizia di obiettivi, azioni, risultati, eventi dei diversi progetti nei quali Itaca è impegnata e seguirà le attività di comunicazione previste in CrossCare 2.0.			
Cofinanziamento			
Fonte		Importo	Percentuale
FESR		155.141,50	80,00 %
Contributo del partner		38.785,38	20,00 %
Budget totale ammissibile del partner		193.926,88	100,00 %
Origine del contributo del partner			
Fonte di contribuzione	Stato giuridico del contributo	Importo	% del budget totale del partner
Itaca	Privato	0,00	0,00 %
Delibera CIPESS	Pubblico automatico	38.785,38	20,00 %
Totale			
Subtotale contributo pubblico		0,00	0,00 %
Subtotale contributo pubblico automatico		38.785,38	20,00 %
Subtotale contributo privato		0,00	0,00 %
Totale		38.785,38	20,00 %
Aiuto di Stato			
B.1.9 Informazioni sugli aiuti di Stato			
A. Il partner, nel contesto del progetto, svolge un'attività economica?			
1. Il partner svolge attività e/o sviluppa/offre beni/servizi per i quali esiste un mercato?		No	NON RILEVANTE
2. Il partner svolge attività o fornisce beni /servizi che possono essere eseguiti o forniti da un'operatore al fine di realizzare profitti (anche se questa non è l'intenzione del partner)?		No	NON RILEVANTE
B. Il partner e/o terzi, nel contesto del progetto, ricevono un vantaggio selettivo?			
1. Il partner otterrà vantaggi dalle attività economiche di cui alla sezione A che altrimenti non avrebbe ricevuto nel normale corso degli		No	NON RILEVANTE

B. Il partner e/o terzi, nel contesto del progetto, ricevono un vantaggio selettivo?	
affari (vale a dire in assenza di finanziamenti concessi dal progetto)?	
2. Un operatore economico (ad esempio, una PMI) esterno al partenariato (ossia non elencato come partner nella scheda progettuale), nell'ambito del progetto, riceve un vantaggio dalle attività svolte dal partner?	No NON RILEVANTE
C. Attività rilevanti relativi agli aiuti di Stato (selezionare dal menu a tendina basato sulle imissioni in C.4)	
D. Regime relativo agli aiuti di Stato	

B.1 Partner di progetto 2	
Numero Partner	2
Ruolo Partner	PP
Nome organizzazione in lingua originale	Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ITIS
Nome organizzazione in inglese	-
Nome abbreviato dell'organizzazione	ASP ITIS
Dipartimento / servizio/ direzione	
B.1.2 Indirizzo principale del partner	
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Friuli-Venezia Giulia (ITH4)
NUTS 3	Trieste (ITH44)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Via Giovanni Pascoli 31 34129 Trieste
Sito web	www.itis.it
Indirizzo del dipartimento / servizio/ direzione (se applicabile)	
Paese (NUTS 0)	
Regione (NUTS 2)	
NUTS 3	
Via, Numero civico, Codice postale, Città	
Informazioni legali e finanziarie	
Tipo partner	Autorità pubblica locale
Sottotipo di partner	
Stato giuridico	Soggetto pubblico
Si rimanda alla classificazione statistica delle attività economiche NACE Rav. 2 (2008) disponibile sul sito web di Eurostat.	Q.87
Numero partita IVA (se applicabile)	00278250329
La vostra organizzazione ha il diritto al recupero IVA, in conformità a quanto previsto dalla legislazione nazionale per le attività	No

Informazioni legali e finanziarie	
realizzate nel progetto?	
Altro numero identificativo (se il numero di partita IVA non è disponibile, deve essere utilizzato un altro identificativo dell'organizzazione)	
Descrizione dell'altro identificativo (specificare il tipo di identificativo)	
PIC (dal registro dei partecipanti alla CE), se disponibile	
Contatto	
Legale rappresentante	Sig. Aldo Pahor
Persona di contatto	Sig. Francesco Masetti-D'Henry
Email	segreteria@itis.it
N. telefonico	+390403736210
Motivazione	
Indicare quali sono le competenze tematiche dell'organizzazione e le esperienze rilevanti per il progetto. Si prega inoltre di descrivere qual'è l'attività principale dell'organizzazione e se l'organizzazione svolge normalmente attività economiche nel mercato.	
<p>ITIS è un'azienda pubblica di servizi alla persona che coniuga la gestione pubblica con quella privatistica. Questo rappresenta un valore aggiunto per l'integrazione nel progetto tra il pubblico e il privato, anche perché ITIS può contare sulla conoscenza delle rispettive normative e sui rapporti consolidati nazionali e internazionali con enti sociosanitari, politici, di ricerca e della formazione, utili per la definizione dei contenuti del Patto di Comunità che verrà sperimentato in CrossCare 2.0.</p> <p>Le competenze acquisite da ITIS negli ultimi anni nella presa in carico della persona a 360° considerando il suo contesto, il suo intorno e quindi la sua comunità di appartenenza, sono messe a disposizione del progetto per consolidare gli esiti di Crosscare1 esplicitando questi ultimi in un contesto territoriale più esteso ed allargato alla comunità e/o alla componente formale e informale di prossimità. ITIS rappresenta nel contesto regionale del FVG, da diversi anni, un modello da seguire per quanto riguarda la qualità della vita e di cura degli anziani non autosufficienti o fragili, per ciò che riguarda l'accoglienza residenziale in strutture sociosanitarie, nelle evoluzioni dell'Abitare Inclusivo, nella tecnologia assistiva e nella formazione degli operatori. La rete di ITIS, creata in una città come Trieste che per certe dinamiche ricorda quelle metropolitane ed è una delle città con il più alto tasso di vecchiaia in Europa, sarà utile per l'implementazione del Progetto anche e soprattutto nella realizzazione delle attività sperimentali di comunità.</p>	
Qual'è il ruolo e il coinvolgimento (contributo e attività principali) della vostra organizzazione nel progetto?	
ITIS è direttamente coinvolto in tutte le attività di Progetto, avendo partecipato attivamente come protagonista alla costruzione di CrossCare 2.0 e precedentemente di CrossCare 1. In particolare è	

Motivazione

coinvolto nelle attività di formazione congiunta, portando i propri esperti nella formazione con il metodo Validation, e avendo utilizzato e formato operatori attraverso il modello dell'Arco Terapeutico è in grado di partecipare attivamente anche su questo aspetto dando il proprio contributo per la formazione dei Care Manager.

ITIS ha un ruolo fondamentale nelle relazioni istituzionali e fra il Pubblico e il Privato per la definizione del Patto di Comunità, avendo acquisito nella sua gestione quotidiana, da diverso tempo, l'esperienza adatta per gestire le relative dinamiche sul territorio. ITIS, inoltre, in qualità di WP leader, coordinerà le attività e i partner nella sperimentazione del modello e coordinerà e sosterrà i partner nella realizzazione dell'indagine prevista per la mappatura dei bisogni e dei desideri della popolazione target attraverso la somministrazione di questionari nel proprio territorio di riferimento.

Si occuperà inoltre di coordinare i PP nelle azioni pilota per sperimentare il Modello rafforzato e l'efficacia dei Patti di Comunità sui rispettivi comuni. E seguirà i partner taker analogamente nella sperimentazione della nuova figura del Care manager.

Se siete il lead partner, descrivete qui la capacità e l'esperienza della vostra organizzazione nella gestione e nel coordinamento di progetti cofinanziati dall'UE o di altri progetti internazionali. Se siete il partner del progetto che coordinerà la comunicazione (che quindi assumerà il ruolo di responsabile della comunicazione del progetto), descrivete qui le competenze e le esperienze della vostra organizzazione in materia di comunicazione.

Cofinanziamento

Fonte	Importo	Percentuale
FESR	64.121,12	80,00 %
Contributo del partner	16.030,28	20,00 %
Budget totale ammissibile del partner	80.151,40	100,00 %

Origine del contributo del partner

Fonte di contribuzione	Stato giuridico del contributo	Importo	% del budget totale del partner
ASP ITIS	Pubblico	0,00	0,00 %
Delibera CIPESS	Pubblico automatico	16.030,28	20,00 %

Totale

Subtotale contributo pubblico	0,00	0,00 %
Subtotale contributo pubblico automatico	16.030,28	20,00 %
Subtotale contributo privato	0,00	0,00 %
Totale	16.030,28	20,00 %

Aiuto di Stato

B.1.9 Informazioni sugli aiuti di Stato	
A. Il partner, nel contesto del progetto, svolge un'attività economica?	
1. Il partner svolge attività e/o sviluppa/offre beni/servizi per i quali esiste un mercato?	No NON RILEVANTE
2. Il partner svolge attività o fornisce beni /servizi che possono essere eseguiti o forniti da un'operatore al fine di realizzare profitti (anche se questa non è l'intenzione del partner)?	No NON RILEVANTE
B. Il partner e/o terzi, nel contesto del progetto, ricevono un vantaggio selettivo?	
1. Il partner otterrà vantaggi dalle attività economiche di cui alla sezione A che altrimenti non avrebbe ricevuto nel normale corso degli affari (vale a dire in assenza di finanziamenti concessi dal progetto)?	No NON RILEVANTE
2. Un operatore economico (ad esempio, una PMI) esterno al partenariato (ossia non elencato come partner nella scheda progettuale), nell'ambito del progetto, riceve un vantaggio dalle attività svolte dal partner?	No NON RILEVANTE
C. Attività rilevanti relativi agli aiuti di Stato (selezionare dal menu a tendina basato sulle immissioni in C.4)	
D. Regime relativo agli aiuti di Stato	

B.1 Partner di progetto 3	
Numero Partner	3
Ruolo Partner	PP
Nome organizzazione in lingua originale	IPAB Residenza per Anziani Giuseppe Francescon
Nome organizzazione in inglese	-
Nome abbreviato dell'organizzazione	Francescon
Dipartimento / servizio/ direzione	
B.1.2 Indirizzo principale del partner	
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Veneto (ITH3)
NUTS 3	Venezia (ITH35)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Borgo San Gottardo 44 30026 Portogruaro
Sito web	www.residenzafrancescon.it
Indirizzo del dipartimento / servizio/ direzione (se applicabile)	
Paese (NUTS 0)	
Regione (NUTS 2)	
NUTS 3	
Via, Numero civico, Codice postale, Città	
Informazioni legali e finanziarie	
Tipo partner	Fornitore di infrastrutture e servizi (pubblici)
Sottotipo di partner	
Stato giuridico	Soggetto pubblico
Si rimanda alla classificazione statistica delle attività economiche NACE Rav. 2 (2008) disponibile sul sito web di Eurostat.	Q.87
Numero partita IVA (se applicabile)	02093260277
La vostra organizzazione ha il diritto al recupero IVA, in conformità a quanto previsto dalla legislazione nazionale per le attività	No

Informazioni legali e finanziarie	
realizzate nel progetto?	
Altro numero identificativo (se il numero di partita IVA non è disponibile, deve essere utilizzato un altro identificativo dell'organizzazione)	
Descrizione dell'altro identificativo (specificare il tipo di identificativo)	
PIC (dal registro dei partecipanti alla CE), se disponibile	
Contatto	
Legale rappresentante	Sig.ra Caterina Pinelli
Persona di contatto	Sig. Daniele Dal Ben
Email	direzione@residenzafrancescon.it
N. telefonico	042171329
Motivazione	
<p>Indicare quali sono le competenze tematiche dell'organizzazione e le esperienze rilevanti per il progetto. Si prega inoltre di descrivere qual'è l'attività principale dell'organizzazione e se l'organizzazione svolge normalmente attività economiche nel mercato.</p>	
<p>La Residenza Francescon è un centro servizi aperto alla Comunità che si propone di rispondere ai bisogni delle famiglie interfacciandosi con altri enti e realtà del territorio, in un'ottica di una sempre maggiore integrazione e apertura al sociale.</p> <p>L'organizzazione ha nel proprio organico professionalità specialistiche nel campo della prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione dell'anziano e ospita 138 anziani non autosufficienti e 4 persone autosufficienti, portando avanti attività di innovazione svolte con fondi propri ma anche attraverso la partecipazione a bandi regionali, nazionali ed europei.</p> <p>Francescon offre sul territorio servizi domiciliari con progetti come "Home Care Premium", che prevede un insieme di interventi finalizzati alla cura a domicilio di persone non autosufficienti.</p> <p>Da diversi anni la Residenza organizza, con la collaborazione dell'Ulss 4 Veneto Orientale, del Comune di Portogruaro e di altre associazioni, il "Caffè Alzheimer", una serie di incontri per i familiari di persone affette da demenza.</p> <p>La Residenza predispone inoltre iniziative che promuovono un invecchiamento attivo e consapevole e tante attività con altri soggetti del territorio, mirate ad avvicinare le generazioni permettendo ai giovani e agli anziani di godere della rispettiva compagnia e conoscenza.</p> <p>Infine, insieme al Comune di Portogruaro, la Residenza ha avviato il progetto "Comunità amica dell'Anziano" al fine di rendere concretamente vicina la comunità alla persona che entra in questa età della vita e allo stesso tempo consentire agli operatori di cura, spesso sottoposti ad un importante carico fisico, emotivo e psicologico, di sentirsi sostenuti dall'intera comunità. Il progetto intende anche</p>	

Motivazione

sistematizzare le numerose e trasversali iniziative promosse dai diversi attori sociali. L'intento è quello di riunire la popolazione di tutte le fasce d'età, le associazioni, le categorie professionali, le istituzioni, le famiglie della comunità, attorno ad un obiettivo comune.

Qual'è il ruolo e il coinvolgimento (contributo e attività principali) della vostra organizzazione nel progetto?

La Residenza Francescon dispone di personale qualificato e di una significativa rete professionale a disposizione dell'anziano, tra cui un Care Manager che valuta i bisogni e guida i beneficiari verso i servizi disponibili sul territorio al fine di supportare il recupero o il mantenimento di una vita indipendente a domicilio. Il Care Manager parteciperà ai corsi di formazione mirati a rafforzare le proprie competenze. Grazie a CrossCare 2.0, anche altri operatori socio-sanitari potranno accrescere le proprie conoscenze partecipando a programmi di formazione che saranno rivolti anche ad attori non formali del territorio.

La Francescon si attiverà sul territorio per redigere un "Patto di comunità", capace non solo di facilitare l'assistenza domiciliare ma anche di garantire il monitoraggio formale/informale dell'anziano, l'invecchiamento attivo e la prevenzione. Saranno qui coinvolte anche le associazioni di volontariato del territorio, ciascuna nel rispetto della propria autonomia e identità, e il progetto attuerà sinergie tra enti pubblici, organizzazioni no profit e altre realtà solidali.

In questo modo si attiveranno azioni di welfare generativo e di progettazione partecipata che potranno agire sulla prevenzione e il monitoraggio, migliorando le condizioni di vita e la capacità di risposta del sistema a favore della popolazione anziana.

Le persone saranno coinvolte in un processo di ricerca-azione partecipata e di co-progettazione di nuove sinergie e collaborazioni.

Infine, le persone anziane saranno coinvolte nel gruppo sperimentale e beneficeranno della sperimentazione; verranno selezionate attraverso un lavoro di équipe grazie a segnalazioni da parte dei Servizi Sociali, dei Medici di Medicina Generale, delle Associazioni o della stessa Francescon e avranno la possibilità di migliorare la propria qualità di vita grazie al sostegno ricevuto e al pacchetto personalizzato che si avrà a disposizione per l'attivazione dei servizi riconosciuti come necessari.

Se siete il lead partner, descrivete qui la capacità e l'esperienza della vostra organizzazione nella gestione e nel coordinamento di progetti cofinanziati dall'UE o di altri progetti internazionali. Se siete il partner del progetto che coordinerà la comunicazione (che quindi assumerà il ruolo di responsabile della comunicazione del progetto), descrivete qui le competenze e le esperienze della vostra organizzazione in materia di comunicazione.

Cofinanziamento

Fonte	Importo	Percentuale
FESR	70.670,03	80,00 %
Contributo del partner	17.667,51	20,00 %
Budget totale ammissibile del partner	88.337,54	100,00 %

Origine del contributo del partner			
Fonte di contribuzione	Stato giuridico del contributo	Importo	% del budget totale del partner
Francescon	Pubblico	0,00	0,00 %
Delibera CIPESS	Pubblico automatico	17.667,51	20,00 %
Totale			
Subtotale contributo pubblico		0,00	0,00 %
Subtotale contributo pubblico automatico		17.667,51	20,00 %
Subtotale contributo privato		0,00	0,00 %
Totale		17.667,51	20,00 %
Aiuto di Stato			
B.1.9 Informazioni sugli aiuti di Stato			
A. Il partner, nel contesto del progetto, svolge un'attività economica?			
1. Il partner svolge attività e/o sviluppa/offre beni/servizi per i quali esiste un mercato?	No	NON RILEVANTE	
2. Il partner svolge attività o fornisce beni /servizi che possono essere eseguiti o forniti da un'operatore al fine di realizzare profitti (anche se questa non è l'intenzione del partner)?	No	NON RILEVANTE	
B. Il partner e/o terzi, nel contesto del progetto, ricevono un vantaggio selettivo?			
1. Il partner otterrà vantaggi dalle attività economiche di cui alla sezione A che altrimenti non avrebbe ricevuto nel normale corso degli affari (vale a dire in assenza di finanziamenti concessi dal progetto)?	No	NON RILEVANTE	
2. Un operatore economico (ad esempio, una PMI) esterno al partenariato (ossia non elencato come partner nella scheda progettuale), nell'ambito del progetto, riceve un vantaggio dalle attività svolte dal partner?	No	NON RILEVANTE	
C. Attività rilevanti relativi agli aiuti di Stato (selezionare dal menu a tendina basato sulle immissioni in C.4)			
D. Regime relativo agli aiuti di Stato			

B.1 Partner di progetto 4	
Numero Partner	4
Ruolo Partner	PP
Nome organizzazione in lingua originale	DEOS, celostna oskrba starostnikov, d.o.o.
Nome organizzazione in inglese	-
Nome abbreviato dell'organizzazione	DEOS d.o.o.
Dipartimento / servizio/ direzione	
B.1.2 Indirizzo principale del partner	
Paese (NUTS 0)	Slovenija (SI)
Regione (NUTS 2)	Zahodna Slovenija (SI04)
NUTS 3	Osrednjeslovenska (SI041)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Gmajna 7 1357 Notranje Gorice
Sito web	https://www.deos.si/
Indirizzo del dipartimento / servizio/ direzione (se applicabile)	
Paese (NUTS 0)	
Regione (NUTS 2)	
NUTS 3	
Via, Numero civico, Codice postale, Città	
Informazioni legali e finanziarie	
Tipo partner	Impresa, ad eccezione delle PMI
Sottotipo di partner	Grande impresa
Stato giuridico	Soggetto privato
Si rimanda alla classificazione statistica delle attività economiche NACE Rav. 2 (2008) disponibile sul sito web di Eurostat.	Q.87
Numero partita IVA (se applicabile)	17727332
La vostra organizzazione ha il diritto al recupero IVA, in conformità a quanto previsto dalla legislazione nazionale per le attività	No

Informazioni legali e finanziarie	
realizzate nel progetto?	
Altro numero identificativo (se il numero di partita IVA non è disponibile, deve essere utilizzato un altro identificativo dell'organizzazione)	
Descrizione dell'altro identificativo (specificare il tipo di identificativo)	
PIC (dal registro dei partecipanti alla CE), se disponibile	
Contatto	
Legale rappresentante	Sig. Bojan Kranjc
Persona di contatto	Sig. Dino Černivec
Email	dino.cernivec@deos.si
N. telefonico	+38682002504
Motivazione	
<p>Indicare quali sono le competenze tematiche dell'organizzazione e le esperienze rilevanti per il progetto. Si prega inoltre di descrivere qual'è l'attività principale dell'organizzazione e se l'organizzazione svolge normalmente attività economiche nel mercato.</p>	
<p>DEOS è il più grande fornitore privato di assistenza istituzionale per anziani in Slovenia (a dicembre 2022 aveva una quota di mercato del 6,9%, garantendo 1.385 posti su 20.039 totali delle case di riposo in Slovenia). Fornisce servizi in 70 strutture di case protette per anziani, avendo ottenuto nel 2019 le licenze necessarie, e sta anche ottenendo le licenze per la fornitura di servizi di assistenza sanitaria, fisioterapia e terapia occupazionale nelle case di riposo per anziani in Slovenia, per garantire agli anziani tutto ciò di cui hanno bisogno in un unico luogo.</p> <p>Nel 2020, l'azienda ha ottenuto una concessione da parte del Servizio per l'Impiego della Repubblica di Slovenia per l'espletamento del programma di formazione per il conseguimento della qualifica professionale di assistente alla persona in diversi Comuni della Slovenia.</p> <p>L'azienda è impegnata anche nello sviluppo di nuovi programmi innovativi che aiutano gli anziani a vivere nelle proprie case più a lungo. Siamo anche il principale partner dell'Associazione di concessionari di case di riposo per anziani. DEOS è una delle aziende più innovative nel campo dell'assistenza a lungo termine in Slovenia, che si concentra sullo sviluppo di nuovi servizi e sul miglioramento di quelli esistenti. L'azienda impiega oltre 800 professionisti e annovera un gruppo di ricerca registrato presso l'Agenzia pubblica per la Ricerca della Repubblica di Slovenia (ARRS).</p> <p>L'azienda è coinvolta anche in vari progetti finanziati dall'Unione Europea, tra cui: "CrossCare" - INTERREG Italia - Slovenia 2014-2020; Erasmus + KA1 -SkillsUp 2 (2020-1-HR01-KA116-077284); "200 posti di lavoro nel campo dei servizi sociali" - Bando per il cofinanziamento di progetti innovativi per l'occupazione giovanile 2018-2019 (capofila); "Introduzione di alimenti locali e biologici, con laboratori per anziani in fattoria" (capofila) e "Fattoria come spazio terapeutico" - entrambi implementati nell'ambito del terzo bando di gara RS 16.9.</p>	

Motivazione

Qual'è il ruolo e il coinvolgimento (contributo e attività principali) della vostra organizzazione nel progetto?

Insieme al LP abbiamo già implementato il progetto CrossCare nell'ambito del programma INTERREG Italia - Slovenia 2014-2020, finalizzato allo sviluppo di un protocollo transfrontaliero per l'assistenza integrata. , creando un modello di punteggio per gli anziani che prevede la valutazione del soggetto con l'utilizzo di test standardizzati che, in base ai risultati ottenuti, potranno indirizzare il soggetto verso i servizi di cui ha bisogno. La partnership si è già occupata della formazione del personale per standardizzare il processo di lavoro, che sarà arricchito grazie alla nuova partnership prevista nel progetto CrossCare 2.0.

Nel nuovo progetto CrossCare 2.0. infatti, i partner intendono organizzare un nuovo percorso formativo per il personale ed i residenti. Con questo progetto, i partner cercheranno di superare la frammentazione dei servizi di assistenza sociale in Slovenia e in Italia e di adattare, aggiornare ed estendere questo protocollo e modello ai nuovi partner, anche a causa dei cambiamenti che la legislazione prevede in questo settore. Il partenariato aggiornerà ed estenderà inoltre i programmi già elaborati nel precedente progetto CrossCare. Il partenariato esaminerà i cambiamenti avvenuti nel corso degli anni e adatterà i contenuti ai tempi attuali.

Verrà inoltre capitalizzato il modello congiunto transfrontaliero di assistenza personalizzata agli anziani, trasferendolo a nuovi partner (taker) e arricchendolo grazie al coinvolgimento della comunità. I partner rafforzeranno la propria capacità di cooperazione istituzionale tra le autorità pubbliche ed i principali attori nell'ambito dei servizi socio-sanitari destinati all'assistenza agli anziani nell'area programma, al fine di pianificare soluzioni congiunte per rispondere alla sfida comune dell'invecchiamento, attraverso il rafforzamento del modello transfrontaliero già proposto nel progetto CrossCare per l'assistenza personalizzata agli anziani.

Se siete il lead partner, descrivete qui la capacità e l'esperienza della vostra organizzazione nella gestione e nel coordinamento di progetti cofinanziati dall'UE o di altri progetti internazionali. Se siete il partner del progetto che coordinerà la comunicazione (che quindi assumerà il ruolo di responsabile della comunicazione del progetto), descrivete qui le competenze e le esperienze della vostra organizzazione in materia di comunicazione.

Cofinanziamento

Fonte	Importo	Percentuale
FESR	119.253,76	80,00 %
Contributo del partner	29.813,44	20,00 %
Budget totale ammissibile del partner	149.067,20	100,00 %

Origine del contributo del partner

Fonte di contribuzione	Stato giuridico del contributo	Importo	% del budget totale del partner
DEOS d.o.o.	Privato	29.813,44	20,00 %

Totale		
Subtotale contributo pubblico	0,00	0,00 %
Subtotale contributo pubblico automatico	0,00	0,00 %
Subtotale contributo privato	29.813,44	20,00 %
Totale	29.813,44	20,00 %
Aiuto di Stato		
B.1.9 Informazioni sugli aiuti di Stato		
A. Il partner, nel contesto del progetto, svolge un'attività economica?		
1. Il partner svolge attività e/o sviluppa/offre beni/servizi per i quali esiste un mercato?	No	NON RILEVANTE
2. Il partner svolge attività o fornisce beni /servizi che possono essere eseguiti o forniti da un'operatore al fine di realizzare profitti (anche se questa non è l'intenzione del partner)?	No	NON RILEVANTE
B. Il partner e/o terzi, nel contesto del progetto, ricevono un vantaggio selettivo?		
1. Il partner otterrà vantaggi dalle attività economiche di cui alla sezione A che altrimenti non avrebbe ricevuto nel normale corso degli affari (vale a dire in assenza di finanziamenti concessi dal progetto)?	No	NON RILEVANTE
2. Un operatore economico (ad esempio, una PMI) esterno al partenariato (ossia non elencato come partner nella scheda progettuale), nell'ambito del progetto, riceve un vantaggio dalle attività svolte dal partner?	No	NON RILEVANTE
C. Attività rilevanti relativi agli aiuti di Stato (selezionare dal menu a tendina basato sulle immissioni in C.4)		
D. Regime relativo agli aiuti di Stato		

B.1 Partner di progetto 5	
Numero Partner	5
Ruolo Partner	PP
Nome organizzazione in lingua originale	Dom starejših občanov Grosuplje
Nome organizzazione in inglese	-
Nome abbreviato dell'organizzazione	DSO GROSUPLJE
Dipartimento / servizio/ direzione	
B.1.2 Indirizzo principale del partner	
Paese (NUTS 0)	Slovenija (SI)
Regione (NUTS 2)	Zahodna Slovenija (SI04)
NUTS 3	Osrednjeslovenska (SI041)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Ob Grosupeljščici 28 1290 Grosuplje
Sito web	https://www.dso-grosuplje.si/
Indirizzo del dipartimento / servizio/ direzione (se applicabile)	
Paese (NUTS 0)	
Regione (NUTS 2)	
NUTS 3	
Via, Numero civico, Codice postale, Città	
Informazioni legali e finanziarie	
Tipo partner	Autorità pubblica locale
Sottotipo di partner	
Stato giuridico	Soggetto pubblico
Si rimanda alla classificazione statistica delle attività economiche NACE Rav. 2 (2008) disponibile sul sito web di Eurostat.	Q.87
Numero partita IVA (se applicabile)	SI53318862
La vostra organizzazione ha il diritto al recupero IVA, in conformità a quanto previsto dalla legislazione nazionale per le attività	No

Informazioni legali e finanziarie	
realizzate nel progetto?	
Altro numero identificativo (se il numero di partita IVA non è disponibile, deve essere utilizzato un altro identificativo dell'organizzazione)	
Descrizione dell'altro identificativo (specificare il tipo di identificativo)	
PIC (dal registro dei partecipanti alla CE), se disponibile	
Contatto	
Legale rappresentante	Sig.ra Metka Velepec Šajn
Persona di contatto	Sig.ra Metka Velepec Šajn
Email	metka.sajn@dso-grosuplje.si
N. telefonico	+38617810702
Motivazione	
<p>Indicare quali sono le competenze tematiche dell'organizzazione e le esperienze rilevanti per il progetto. Si prega inoltre di descrivere qual'è l'attività principale dell'organizzazione e se l'organizzazione svolge normalmente attività economiche nel mercato.</p>	
<p>La casa di riposo per anziani di Grosuplje (CRA) è in funzione dal 1984. Accoglie 187 residenti, di cui 60 vivono nell'unità Loški Potok, e vanta 160 dipendenti. Il suo obiettivo è quello di permettere ai propri residenti di vivere in modo autonomo e sicuro in strutture attrezzate e personalizzate. La Casa offre servizi di alta qualità ed è dotata di personale altamente qualificato e comprensivo che rispetta i desideri e le esigenze individuali degli anziani. La Casa collabora non solo con i residenti, ma anche con i loro parenti e con le parti terze interessate. Trasferiamo le nostre conoscenze ed esperienze anche ad altre persone interessate, come i cittadini di Grosuplje. Oltre all'assistenza da parte delle istituzioni, che include alimentazione, assistenza infermieristica, sanitaria, fisioterapia e terapia occupazionale, garantiamo anche assistenza diurna, domiciliare, sociale e molto altro ancora. Con l'Istituto pubblico Cene Štupar, abbiamo realizzato il progetto congiunto Centro multigenerazionale di Lubiana (CMG) 2017-2021. Il CMG è stato un punto di riferimento e di aggregazione nel contesto locale. Dal 2019 al 2022 siamo stati coinvolti nel progetto KOC 3.0 AS, che coinvolgeva 34 partner per un totale di 3375 dipendenti in tutta la Slovenia. Il collegamento tra partner e appaltatori avveniva attraverso sessioni di formazione, con particolare attenzione al trasferimento delle conoscenze ai dipendenti. I principali risultati di questo progetto sono stati lo sviluppo delle competenze del personale, l'incremento qualitativo dei servizi e delle cure, la soddisfazione degli utenti, la prevenzione delle infezioni, la riduzione degli infortuni, l'introduzione di nuove attrezzature e servizi, il miglioramento delle condizioni di lavoro e l'acquisizione di nuove competenze anche nell'uso di nuove soluzioni tecnologiche e lo sviluppo di servizi a sostegno delle esigenze per un percorso di invecchiamento più sano.</p>	

Motivazione

Qual'è il ruolo e il coinvolgimento (contributo e attività principali) della vostra organizzazione nel progetto?

I partner di progetto di CrossCare 1 hanno creato un modello di punteggio da utilizzare per gli anziani, il quale prevede la valutazione del soggetto con l'utilizzo di test standardizzati che, in base ai risultati ottenuti, potranno indirizzare il soggetto verso i servizi di cui ha bisogno. La partnership si è già occupata della formazione del personale per standardizzare il processo di lavoro, che sarà arricchito grazie alla nuova partnership prevista nel progetto CrossCare 2.0. Nel nuovo progetto CrossCare 2.0, infatti, i partner intendono organizzare un nuovo percorso formativo per il personale ed i residenti, cercando di superare la frammentazione dei servizi di assistenza sociale in Slovenia e in Italia e di adattare, aggiornare ed estendere questo protocollo e modello ai nuovi partner, anche a causa dei cambiamenti che la legislazione prevede in questo settore. Il partenariato aggiornerà ed estenderà inoltre i programmi già elaborati nel precedente progetto.

Il ruolo della CRA di Grosuplje sarà principalmente incentrato sull'adozione ed implementazione della capitalizzazione già applicata al modello congiunto transfrontaliero di assistenza personalizzata agli anziani a domicilio attuata nel progetto CrossCare, trasferendo questo modello ai nuovi partner (beneficiari), arricchendolo grazie al coinvolgimento della comunità. In questo progetto, la CRA di Grosuplje assumerà il ruolo di taker. I partner rafforzeranno la propria capacità di cooperazione istituzionale tra le autorità pubbliche ed i principali attori nell'ambito dei servizi socio-sanitari destinati all'assistenza agli anziani (pubblici e privati) nell'area programma, al fine di pianificare soluzioni congiunte per rispondere alla sfida comune dell'invecchiamento, attraverso il rafforzamento del modello transfrontaliero già proposto nel progetto CrossCare per l'assistenza personalizzata agli anziani, modello assolutamente competitivo in termini economici ed elemento chiave in termini di coesione sociale.

Se siete il lead partner, descrivete qui la capacità e l'esperienza della vostra organizzazione nella gestione e nel coordinamento di progetti cofinanziati dall'UE o di altri progetti internazionali. Se siete il partner del progetto che coordinerà la comunicazione (che quindi assumerà il ruolo di responsabile della comunicazione del progetto), descrivete qui le competenze e le esperienze della vostra organizzazione in materia di comunicazione.

Cofinanziamento

Fonte	Importo	Percentuale
FESR	86.405,60	80,00 %
Contributo del partner	21.601,40	20,00 %
Budget totale ammissibile del partner	108.007,00	100,00 %

Origine del contributo del partner

Fonte di contribuzione	Stato giuridico del contributo	Importo	% del budget totale del partner
DSO GROSUPLJE	Pubblico	21.601,40	20,00 %

Totale		
Subtotale contributo pubblico	21.601,40	20,00 %
Subtotale contributo pubblico automatico	0,00	0,00 %
Subtotale contributo privato	0,00	0,00 %
Totale	21.601,40	20,00 %
Aiuto di Stato		
B.1.9 Informazioni sugli aiuti di Stato		
A. Il partner, nel contesto del progetto, svolge un'attività economica?		
1. Il partner svolge attività e/o sviluppa/offre beni/servizi per i quali esiste un mercato?	No	NON RILEVANTE
2. Il partner svolge attività o fornisce beni /servizi che possono essere eseguiti o forniti da un'operatore al fine di realizzare profitti (anche se questa non è l'intenzione del partner)?	No	NON RILEVANTE
B. Il partner e/o terzi, nel contesto del progetto, ricevono un vantaggio selettivo?		
1. Il partner otterrà vantaggi dalle attività economiche di cui alla sezione A che altrimenti non avrebbe ricevuto nel normale corso degli affari (vale a dire in assenza di finanziamenti concessi dal progetto)?	No	NON RILEVANTE
2. Un operatore economico (ad esempio, una PMI) esterno al partenariato (ossia non elencato come partner nella scheda progettuale), nell'ambito del progetto, riceve un vantaggio dalle attività svolte dal partner?	No	NON RILEVANTE
C. Attività rilevanti relativi agli aiuti di Stato (selezionare dal menu a tendina basato sulle immissioni in C.4)		
D. Regime relativo agli aiuti di Stato		

B.1 Partner di progetto 6	
Numero Partner	6
Ruolo Partner	PP
Nome organizzazione in lingua originale	Azienda Speciale Don Moschetta
Nome organizzazione in inglese	-
Nome abbreviato dell'organizzazione	DON MOSCHETTA
Dipartimento / servizio/ direzione	
B.1.2 Indirizzo principale del partner	
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Veneto (ITH3)
NUTS 3	Venezia (ITH35)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Via Michelangelo Buonarroti 10 30021 Caorle
Sito web	www.donmoschetta.it
Indirizzo del dipartimento / servizio/ direzione (se applicabile)	
Paese (NUTS 0)	
Regione (NUTS 2)	
NUTS 3	
Via, Numero civico, Codice postale, Città	
Informazioni legali e finanziarie	
Tipo partner	Fornitore di infrastrutture e servizi (pubblici)
Sottotipo di partner	
Stato giuridico	Soggetto pubblico
Si rimanda alla classificazione statistica delle attività economiche NACE Rav. 2 (2008) disponibile sul sito web di Eurostat.	Q.87
Numero partita IVA (se applicabile)	04053410272
La vostra organizzazione ha il diritto al recupero IVA, in conformità a quanto previsto dalla legislazione nazionale per le attività	No

Informazioni legali e finanziarie	
realizzate nel progetto?	
Altro numero identificativo (se il numero di partita IVA non è disponibile, deve essere utilizzato un altro identificativo dell'organizzazione)	
Descrizione dell'altro identificativo (specificare il tipo di identificativo)	
PIC (dal registro dei partecipanti alla CE), se disponibile	
Contatto	
Legale rappresentante	Sig. Simone Gusso
Persona di contatto	Sig.ra Raffaella Barro
Email	direttore@donmoschetta.it
N. telefonico	0421219411
Motivazione	
<p>Indicare quali sono le competenze tematiche dell'organizzazione e le esperienze rilevanti per il progetto. Si prega inoltre di descrivere qual'è l'attività principale dell'organizzazione e se l'organizzazione svolge normalmente attività economiche nel mercato.</p>	
<p>L'Azienda Don Moschetta è un ente pubblico che gestisce un centro servizi residenziale e uno diurno, il servizio di assistenza e di pasti a domicilio, il Campeggio Comunale "Santa Margherita", gli abbonamenti su zone blu all'aperto per il Comune di Caorle, la cura del verde pubblico e l'organizzazione del personale impiegato nel Mercato Ittico Comunale.</p> <p>La Casa di Riposo Don Moschetta dispone di 76 posti solo per non autosufficienti, in convenzione con l'Azienda Ulss 4, e dei posti in Centro Diurno per anziani autosufficienti e non autosufficienti. Il servizio residenziale è rivolto a tutti gli utenti non più autosufficienti che necessitano di cure, sostegno quotidiano individualizzato e specializzato e assistenza.</p> <p>L'Azienda eroga anche servizi domiciliari, rivolti alle persone che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza fisica e/o psichica o comunque non più in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di permanere al proprio domicilio in condizione di sicurezza.</p> <p>I servizi succitati sono erogati anche per la forma turistica per dare a tutte le persone l'opportunità di una vacanza serena e confortevole che risponda alle esigenze di tutti</p> <p>L'Azienda sostiene inoltre iniziative che promuovono uno stile di invecchiamento attivo e consapevole e intende anche sistematizzare le numerose e trasversali iniziative promosse dai diversi attori sociali.</p> <p>L'intento è quello di riunire la popolazione di tutte le fasce d'età, le associazioni, le istituzioni, le famiglie della comunità, attorno ad un obiettivo comune.</p>	
Qual'è il ruolo e il coinvolgimento (contributo e attività principali) della vostra organizzazione nel progetto?	

Motivazione

L'Azienda Don Moschetta è uno dei partner taker di CrossCare 2.0 e dispone di personale qualificato e di una significativa rete professionale a servizio dell'anziano che metterà a disposizione del partenariato. Per l'implementazione del progetto sarà individuato un Care Manager da formare, che valuterà i bisogni e guiderà i beneficiari verso i servizi disponibili sul territorio con l'obiettivo di supportare il recupero o il mantenimento dell'autonomia e di una vita indipendente a domicilio. Il Care Manager parteciperà ai corsi di formazione finalizzati a rafforzare le proprie competenze. Grazie a CrossCare 2.0, diversi operatori socio-sanitari potranno accrescere le proprie conoscenze attraverso la partecipazione a programmi di formazione, che saranno rivolti anche ad altri caregiver del territorio. In questo modo si attiveranno azioni di welfare generativo e di progettazione partecipata che potranno agire sulla prevenzione e il monitoraggio, migliorando le condizioni di vita e la capacità di risposta del sistema a favore della popolazione anziana.

In questo contesto, l'Azienda avrà cura di selezionare attraverso un lavoro di equipe le persone anziane che potranno essere coinvolte nel gruppo sperimentale e che beneficeranno della sperimentazione; verranno selezionate anche grazie a segnalazioni da parte dei Servizi Sociali, dei Medici di Medicina Generale, delle Associazioni e avranno la possibilità di migliorare la propria qualità di vita grazie al sostegno ricevuto e al pacchetto personalizzato che si avrà a disposizione per l'attivazione dei servizi riconosciuti come necessari.

Se siete il lead partner, descrivete qui la capacità e l'esperienza della vostra organizzazione nella gestione e nel coordinamento di progetti cofinanziati dall'UE o di altri progetti internazionali. Se siete il partner del progetto che coordinerà la comunicazione (che quindi assumerà il ruolo di responsabile della comunicazione del progetto), descrivete qui le competenze e le esperienze della vostra organizzazione in materia di comunicazione.

Cofinanziamento

Fonte	Importo	Percentuale
FESR	34.305,20	80,00 %
Contributo del partner	8.576,30	20,00 %
Budget totale ammissibile del partner	42.881,50	100,00 %

Origine del contributo del partner

Fonte di contribuzione	Stato giuridico del contributo	Importo	% del budget totale del partner
DON MOSCHETTA	Pubblico	0,00	0,00 %
Delibera CIPESS	Pubblico automatico	8.576,30	20,00 %

Totale

Subtotale contributo pubblico	0,00	0,00 %
Subtotale contributo pubblico automatico	8.576,30	20,00 %
Subtotale contributo privato	0,00	0,00 %

Totale		
Totale	8.576,30	20,00 %
Aiuto di Stato		
B.1.9 Informazioni sugli aiuti di Stato		
A. Il partner, nel contesto del progetto, svolge un'attività economica?		
1. Il partner svolge attività e/o sviluppa/offre beni/servizi per i quali esiste un mercato?	No	NON RILEVANTE
2. Il partner svolge attività o fornisce beni /servizi che possono essere eseguiti o forniti da un'operatore al fine di realizzare profitti (anche se questa non è l'intenzione del partner)?	No	NON RILEVANTE
B. Il partner e/o terzi, nel contesto del progetto, ricevono un vantaggio selettivo?		
1. Il partner otterrà vantaggi dalle attività economiche di cui alla sezione A che altrimenti non avrebbe ricevuto nel normale corso degli affari (vale a dire in assenza di finanziamenti concessi dal progetto)?	No	NON RILEVANTE
2. Un operatore economico (ad esempio, una PMI) esterno al partenariato (ossia non elencato come partner nella scheda progettuale), nell'ambito del progetto, riceve un vantaggio dalle attività svolte dal partner?	No	NON RILEVANTE
C. Attività rilevanti relativi agli aiuti di Stato (selezionare dal menu a tendina basato sulle immissioni in C.4)		
D. Regime relativo agli aiuti di Stato		

B.2 Partner associati

Numero partner associato	Stato	Nome organizzazione in lingua originale	Associato al partner di progetto
1	Attivo	ASFO - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale	Itaca
2	Attivo	AULSS 4 - Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 4 Veneto Orientale	Francescon
3	Attivo	Città di Portogruaro	Francescon
4	Attivo	Città di Sacile	Itaca
5	Attivo	Federsanità A.N.C.I. Friuli Venezia Giulia	Itaca
6	Attivo	Servizio Sociale Dei Comuni Livenza - Consiglio - Cavallo	Itaca
7	Attivo	Združenje koncesionarjev domov za starejše	DEOS d.o.o.
8	Attivo	Zavod Aktivna Starost, so.p.	DEOS d.o.o.
9	Attivo	ASUGI	ASP ITIS

ASFO - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale AO1	
Numero Partner	LP1
Nome organizzazione in lingua originale	ASFO - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
Nome organizzazione in inglese	
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Friuli-Venezia Giulia (ITH4)
NUTS 3	Pordenone (ITH41)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Via della Vecchia Ceramica 1 33170 Pordenone
Legale rappresentante	Dott. Giuseppe Tonutti
Persona di contatto	Dott. Carlo Francescutti
Email	carlo.francescutti@asfo.sanita.fvg.it
N. telefonico	0434369920
Ruolo Partner	Il valore aggiunto che l'Azienda Sanitaria Friuli

ASFO - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale AO1	
	<p>Occidentale (ASFO) apporterà al progetto CrossCare 2.0 risiede nel suo coinvolgimento nella sperimentazione che il LP Cooperativa Itaca porterà avanti presso il Comune di Sacile e la sua Casa di Riposo. CrossCare 2.0 centra il suo intervento sulla presa in carico integrata dell'anziano. Riferendosi all'integrazione dei servizi preposti alla cura e alla multidimensionalità di tale intervento, è evidente come non si possa prescindere dal coinvolgimento degli attori che sul territorio si occupano di assistenza sanitaria. Tra i servizi che si intendono integrare rientrano chiaramente anche quelli erogati dall'ASFO, che giocherà un ruolo fondamentale anche nel delineare il modello rafforzato di presa in carico dell'anziano e nella realizzazione del Patto di Comunità a livello territoriale.</p>

AULSS 4 - Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 4 Veneto Orientale AO2	
Numero Partner	PP3
Nome organizzazione in lingua originale	AULSS 4 - Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 4 Veneto Orientale
Nome organizzazione in inglese	-
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Veneto (ITH3)
NUTS 3	Venezia (ITH35)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Piazza De Gasperi 5 30027 San Donà di Piave
Legale rappresentante	Dott. Mauro Filippi
Persona di contatto	Dott.ssa Paola Paludetti
Email	direzione.generale@ulss10.veneto.it
N. telefonico	0421228023
Ruolo Partner	L'Azienda Ulss 4 Veneto Orientale è un partner di grande importanza per il raggiungimento degli obiettivi del progetto, sia per le sue funzioni legali che per le sue funzioni nell'attuazione delle politiche di LTC e Active Ageing. L'Azienda Ulss4 Veneto Orientale persegue politiche di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Attraverso questo progetto l'Azienda potrà collaborare in modo sinergico non solo con le altre istituzioni del territorio ma anche con il terzo settore attraverso azioni che avranno la finalità di promuovere corretti stili di vita con particolare riferimento all'alimentazione, all'attività fisica e alla prevenzione dell'isolamento sociale e sarà direttamente coinvolta nella delineazione del Modello rafforzato di presa in carico dell'anziano e nella realizzazione del Patto di Comunità a livello territoriale. L'adesione al progetto permette di sviluppare sinergie e processi di integrazione indispensabili per gestire efficacemente il fenomeno dell'invecchiamento, sperimentando anche strumenti di valutazione che potrebbero integrare l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale

AULSS 4 - Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 4 Veneto Orientale A02	
	per individuare fattori di rischio dell'anziano fragile sui quali poter intervenire preventivamente, in modo da ridurre e contenere il manifestarsi delle disabilità.

Città di Portogruaro AO3	
Numero Partner	PP3
Nome organizzazione in lingua originale	Città di Portogruaro
Nome organizzazione in inglese	-
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Veneto (ITH3)
NUTS 3	Venezia (ITH35)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Piazza della Repubblica 1 30026 Portogruaro
Legale rappresentante	Dott. Florio Favero
Persona di contatto	Dott.ssa Giuliana Pasqualini
Email	giuliana.pasqualini@comune.portogruaro.ve.it
N. telefonico	0421277361
Ruolo Partner	<p>Il Comune di Portogruaro, quale ente rappresentativo della Comunità locale, realizza i valori che la Comunità esprime, ne cura gli interessi e ne promuove lo sviluppo civile, sociale ed economico. Il Comune di Portogruaro è un partner di grande importanza per il raggiungimento degli obiettivi del progetto, sia per le sue funzioni legali che per le sue funzioni nell'attuazione delle politiche di LTC e Active Ageing. In particolare, il Comune di Portogruaro collaborerà alla definizione dei contenuti del Modello integrato. La partecipazione al progetto potrà portare al rafforzamento della capacità istituzionale e amministrativa e alla cooperazione nella realizzazione di servizi sociali e sanitari che, attraverso la promozione dell'invecchiamento attivo, possono essere un elemento di coesione sociale e di competitività economica. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali attuato con la Legge 328/2000 si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e la settorializzazione delle risposte. I principi di sussidiarietà verticale e orizzontale permettono al</p>

Città di Portogruaro AO3	
	<p>Comune – attraverso i Servizi Sociali di base - di inserirsi nel progetto come partner indispensabile per la gestione del fenomeno dell'invecchiamento. Il mainstreaming e l'up-scaling dei risultati di CrossCare 2.0 in un modello rafforzato per la prevenzione e l'invecchiamento attivo sono finalizzati a valutare la sostenibilità e l'efficacia di agire attraverso uno sviluppo di politiche di comunità e di presa in carico domiciliare. Il Progetto, in un'ottica di prevenzione e welfare generativo, potrà attivare processi diffusi e localizzati di informazione, orientamento e partecipazione al fine di valorizzare ogni persona come risorsa e parte attiva della comunità di appartenenza.</p>

Città di Sacile A04	
Numero Partner	LP1
Nome organizzazione in lingua originale	Città di Sacile
Nome organizzazione in inglese	-
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Friuli-Venezia Giulia (ITH4)
NUTS 3	Pordenone (ITH41)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Piazza del Popolo 65 33077 Sacile
Legale rappresentante	Ing. Carlo Spagnol
Persona di contatto	Dott. Rossano Maset
Email	rossano.maset@comune.sacile.pn.it
N. telefonico	3200243254
Ruolo Partner	<p>La Città di Sacile, partecipando al progetto CrossCare 2.0, rappresenterà la componente istituzionale locale e grazie al suo sostegno potrà essere garantita la buona riuscita delle attività previste in Friuli Occidentale. Il Comune di Sacile darà maggiore visibilità alla residenza protetta di Sacile, rafforzerà la capacità istituzionale transfrontaliera e collaborerà nella redazione del Patto di Comunità a livello locale. Il coinvolgimento del Comune di Sacile è importante per garantire la visibilità e la promozione del progetto, la diffusione del modello e il supporto istituzionale alla realizzazione del Patto di Comunità. Il partner associato, in quanto già attivo nel precedente progetto, conosce e ha già collaborato con gli altri partner giver e potrà in questa sede consolidare ulteriormente le collaborazioni in essere e contribuire al potenziamento e alla sperimentazione del nuovo Modello rafforzato.</p>

Federsanità A.N.C.I. Friuli Venezia Giulia A05	
Numero Partner	LP1
Nome organizzazione in lingua originale	Federsanità A.N.C.I. Friuli Venezia Giulia
Nome organizzazione in inglese	-
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Friuli-Venezia Giulia (ITH4)
NUTS 3	Udine (ITH42)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Piazza Venti Settembre 2 33100 Udine
Legale rappresentante	Sig. Giuseppe Napoli
Persona di contatto	Sig. Giovanni Di Prima
Email	giovanni.diprima@aspumbertoprimo.it
N. telefonico	3282297516
Ruolo Partner	<p>FEDERSANITA' ANCI FVG" è un'associazione volontaria di Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), Aziende Pubbliche Servizi alla Persona (ASP) e "altri erogatori di servizi socio-sanitari ed assistenziali operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale" di rappresentanza degli Enti locali nel settore sanitario e sociale, nonché degli altri soggetti soprariportati, che agisce per favorire azioni e politiche finalizzate alla promozione di percorsi di integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale fortemente orientate ad una nuova concezione della "presa in carico" dei pazienti basata su prossimità, proattività, personalizzazione, partecipazione. Il progetto CrossCare 2.0. è in sinergia con gli obiettivi del Partner Associato che tra le priorità ha il miglioramento continuo della qualità e la ricerca di moderni modelli organizzativi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, comprese quelle a carattere preventivo e di inclusione dei soggetti deboli, politiche per la promozione della salute e azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute per un più equo accesso ai servizi sanitari e sociosanitari e per il welfare. La partecipazione di Federsanità all'iniziativa sarà preziosa per facilitare il coinvolgimento degli</p>

Federsanità A.N.C.I. Friuli Venezia Giulia A05	
	<p>stakeholders pubblici e privati attivi nel settore nella Regione Friuli Venezia Giulia e favorire la più efficace sinergia tra Aziende sanitarie e Comuni. Il partner potrà partecipare attivamente all'elaborazione e al perfezionamento del Modello CrossCare e alla sua disseminazione tra i suoi soggetti associati. Potrà inoltre apportare il proprio contributo nella condivisione di buone pratiche ed esperienze nel settore di intervento e nella promozione dei risultati di progetto.</p>

Servizio Sociale Dei Comuni Livenza - Cansiglio - Cavallo A06	
Numero Partner	LP1
Nome organizzazione in lingua originale	Servizio Sociale Dei Comuni Livenza - Cansiglio - Cavallo
Nome organizzazione in inglese	-
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Friuli-Venezia Giulia (ITH4)
NUTS 3	Pordenone (ITH41)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Viale Zancanaro 12 33077 Sacile
Legale rappresentante	Dott. Carlo Spagnol
Persona di contatto	Dott.ssa Katia Flora Pantarotto
Email	katiaflora.pantarotto@ssclivenzacansigliocavallo.it
N. telefonico	0434567646
Ruolo Partner	<p>Il progetto CrossCare 2.0 centra il suo intervento sulla presa in carico integrata dell'anziano in sinergia con le attività del Servizio Sociale dei Comuni Livenza – Cansiglio – Cavallo, dedicate alla realizzazione di iniziative volte alla promozione della qualità della vita delle persone con più di 65 anni, con particolare riferimento a coloro che non sono autosufficienti, con attenzione a percorsi innovativi per l' "abitare sociale", il cohousing e l'housing sociale, lo sviluppo di luoghi di aggregazione e socialità, l'invecchiamento attivo. Riferendosi dunque all'integrazione dei servizi preposti alla cura e alla multidimensionalità dell'intervento, è evidente che il coinvolgimento degli attori che sul territorio si occupano di assistenza sociale e sanitaria sia necessario e indispensabile. Il valore aggiunto che il Servizio Sociale dei comuni Livenza – Cansiglio - Cavallo apporterà al progetto risiede nel suo coinvolgimento nella sperimentazione che il LP Cooperativa Itaca porterà avanti presso il Comune di Sacile e la sua Casa di Riposo: tra i servizi che si intendono integrare rientrano chiaramente quelli erogati dal servizio sociale. Il Partner ricopre inoltre un ruolo importante nel contribuire alla definizione del Modello rafforzato di presa in carico dell'anziano</p>

Servizio Sociale Dei Comuni Livenza - Cansiglio - Cavallo A06	
	e nella realizzazione del Patto di Comunità a livello territoriale.

Združenje koncesionarjev domov za starejše A07	
Numero Partner	PP4
Nome organizzazione in lingua originale	Združenje koncesionarjev domov za starejše
Nome organizzazione in inglese	-
Paese (NUTS 0)	Slovenija (SI)
Regione (NUTS 2)	Zahodna Slovenija (SI04)
NUTS 3	Osrednjeslovenska (SI041)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Devinska ulica 1 1000 Ljubljana
Legale rappresentante	Sig. Bojan Kranjc
Persona di contatto	Sig. Dino Černivec
Email	dino.cernivec@deos.si
N. telefonico	0038682002504
Ruolo Partner	<p>L'Associazione dei Concessionari di Case per Anziani - GIZ, in qualità di rappresentante delle case private per anziani nella Repubblica di Slovenia, acquisirà nuove informazioni rilevanti sulla questione dell'assistenza a lungo termine sulla base dei risultati e dell'esperienza maturata nell'ambito di CrossCare 2.0, utilizzandole per sviluppare ulteriormente programmi e strategie di lavoro nella sua area di lavoro con un approccio innovativo e passando da un modello di servizio a un modello con obiettivi chiaramente definiti per i servizi di prevenzione e assistenza precoce. Gli esperti dell'Associazione dei Concessionari di Case per Anziani saranno regolarmente informati sulle attività e sui risultati del progetto e parteciperanno regolarmente alle riunioni dei partner.</p> <p>L'Associazione dei Concessionari di Case per Anziani - GIZ lavora da tempo per inserire correttamente le case private per anziani nel sistema di assistenza a lungo termine della Repubblica di Slovenia. Nel nuovo progetto CrossCare 2.0, l'Associazione dei Concessionari di Case per Anziani - GIZ Slovenia contribuirà fornendo le proprie competenze ed esperienze.</p>

Zavod Aktivna Starost, so.p. A08	
Numero Partner	PP4
Nome organizzazione in lingua originale	Zavod Aktivna Starost, so.p.
Nome organizzazione in inglese	-
Paese (NUTS 0)	Slovenija (SI)
Regione (NUTS 2)	Zahodna Slovenija (SI04)
NUTS 3	Osrednjeslovenska (SI041)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Devinska ulica 1 1000 Ljubljana
Legale rappresentante	Sig. Miha Kranjc
Persona di contatto	Sig.ra Anja Skale
Email	anja.skale@zavodas.si
N. telefonico	0038682002401
Ruolo Partner	<p>Istituto Zavod aktivna starost, so.p. è un'organizzazione senza scopo di lucro che opera nel campo dell'assistenza socio-sanitaria agli anziani. Il suo programma principale, "Giornata attiva", che mira a incoraggiare gli anziani a vivere più a lungo a casa, e grazie ad servizi di assistenza sociale, rappresenta un partner importante nel progetto CrossCare 2.0. Il ruolo dell'Istituto sarà quello di consentire il trasferimento del modello di assistenza domiciliare personalizzata dell'anziano ai suoi utenti finali. L'Istituto promuoverà inoltre gli obiettivi, i risultati e le attività del progetto presso il pubblico di operatori professionali. Attraverso il progetto CrossCare 2.0, l'Istituto acquisirà nuove informazioni rilevanti sulla questione dell'assistenza a lungo termine, che utilizzerà nella successiva progettazione di programmi e strategie di lavoro nel suo campo di lavoro con un approccio innovativo e passando da un modello di servizio a un modello con obiettivi ben definiti per la prevenzione precoce e i servizi di cura. Gli esperti dell'Isituto saranno regolarmente informati sulle attività e sui risultati del progetto e contribuiranno con le loro conoscenze ed esperienze professionali al nuovo progetto CrossCare 2.0.</p>

ASUGI A09	
Numero Partner	PP2
Nome organizzazione in lingua originale	ASUGI
Nome organizzazione in inglese	-
Paese (NUTS 0)	Italia (IT)
Regione (NUTS 2)	Friuli-Venezia Giulia (ITH4)
NUTS 3	Trieste (ITH44)
Via, Numero civico, Codice postale, Città	Via Giovanni Sai 1 34128 Trieste
Legale rappresentante	Sig. Antonio Poggiana
Persona di contatto	Sig. Sandro Centonze
Email	sandro.centonze@asugi.sanita.fvg.it
N. telefonico	00390403997633
Ruolo Partner	CrossCare 2.0 centra il suo intervento sulla presa in carico integrata dell'anziano. Riferendosi all'integrazione dei servizi preposti alla cura e alla multidimensionalità di tale intervento, è evidente come non si possa prescindere dal coinvolgimento degli attori che sul territorio si occupano di assistenza sanitaria. Tra i servizi che si intendono integrare rientrano chiaramente anche quelli erogati dall'ASUGI, che giocherà un ruolo fondamentale anche nel delineare il modello rafforzato di presa in carico dell'anziano e nella realizzazione del Patto di Comunità a livello territoriale.

C - Descrizione del progetto

C.1 Obiettivo principale del progetto

Obiettivo specifico (come selezionato nella sezione A.1.).

ISO 1.(b): Potenziamento di una amministrazione pubblica efficiente mediante la promozione della cooperazione giuridica e amministrativa e della cooperazione fra cittadini, attori della società civile e istituzioni, in particolare con l'intento di eliminare gli ostacoli di tipo giuridico e di altro tipo nelle regioni frontaliere

Obiettivo principale del progetto

Definire l'obiettivo principale del progetto.

- Assicuratevi che contribuisca chiaramente all'obiettivo specifico del programma selezionato.
- L'obiettivo principale deve indicare il contesto generale di ciò che il progetto intende raggiungere.
- Deve descrivere l'obiettivo più ampio del progetto a beneficio dei gruppi target e indicare i risultati (cambiamenti) da raggiungere nell'ambito del progetto.

Rafforzare la cooperazione e la governance dei processi decisionali pubblico-privata tra enti istituzionali e operatori chiave dei servizi socio-sanitari per la cura dell'anziano dell'Area di Programma con il rafforzamento del Modello CrossCare® e la realizzazione di Patti di Comunità con la società civile e le risorse del territorio per sviluppare strategie integrate e condivise alla sfida comune dell'invecchiamento e potenziare il coordinamento dei servizi esistenti dell'area transfrontaliera.

C.2 Rilevanza e contesto del progetto

C.2.1 Quali sono le sfide territoriali che saranno affrontate dal progetto?

Descrivete quali sono le sfide e le esigenze specifiche affrontate dal vostro progetto e perché sono rilevanti per l'intera area del programma (fate riferimento ai capitoli 1 e 2 del documento di programma Interreg ITALIA-SLOVENIA).

Le sfide territoriali comuni affrontate dal progetto CrossCare 2.0 sono correlate al fenomeno dell'invecchiamento con i suoi importanti risvolti economici e sociali che riguarda l'intera area di Programma, sebbene con caratteristiche eterogenee, e che a medio termine avrà un impatto significativo sulle politiche sanitarie e di inclusione sociale e sulla disuguaglianza nell'accesso ai servizi socio-sanitari.

I dati mostrano un andamento demografico negativo ed un invecchiamento della popolazione lungo le aree di confine, soprattutto sul versante italiano dove la struttura per età della stessa nelle regioni NUTS 3 è sfavorevole rispetto alla media UE, mentre in Slovenia essa è in linea con la media UE, ma si prevede che entro il 2050 la popolazione di età di 65 anni raggiungerà il 31%, rappresentando quasi un terzo del totale dei residenti.

I recenti avvenimenti socio-economici globali e, in particolare, la pandemia da Covid-19 hanno inoltre acuitizzato e portato alla luce nell'area di Programma, già di per sé sviluppata in modo policentrico con poche aree urbane funzionali, molte città medio-piccole site vicino al confine e aree rurali /montane, le criticità intrinseche del settore socio-sanitario, quali la disparità nell'accesso ai servizi sanitari e sociali, la carenza di operatori sanitari ed un sistema sanitario centralizzato e non territoriale.

Si evidenzia pertanto la necessità di promuovere la semplificazione normativa e amministrativa nei processi di elaborazione delle politiche sanitarie e di inclusione sociale del territorio transfrontaliero per rimuovere le fonti di strozzatura a livello di governance e di cooperazione tra le istituzioni e la società civile attualmente non sufficientemente coinvolta, nonché di concentrarsi sui bisogni della popolazione.

L'area di progetto è sì caratterizzata da contesti e strutture amministrative dissimili, soprattutto per i servizi legati all'inclusione sociale ed i sistemi di welfare (di tipo mediterraneo in Italia e social-democratico in Slovenia), ma è comunque legata dalle sfide comuni sulla gestione della popolazione anziana in continuo aumento, sull'accudimento familiare, sull'indebolimento del "welfare familiare", nonché sulla sostenibilità dei sistemi di welfare pubblico, non solo nella possibilità di raggiungere larga parte del bisogno, ma anche di garantire un approccio equo verso tutta la popolazione anziana. Il presente progetto, capitalizzando i risultati del primo progetto Crosscare, si focalizza sui nuovi bisogni emersi della popolazione, che richiedono una speciale attenzione per rendere gli interventi sul territorio transfrontaliero efficienti e coerenti al nuovo contesto sociale, quali:

- a) Presa in carico tardiva dell'anziano fragile e della sua famiglia, a fronte di una scarsa prevenzione: "si arriva troppo tardi a rilevare il problema", oltre alla pressoché totale assenza di diagnosi globale e di carente interazione tra i diversi attori e servizi, che spesso lavorano in maniera frammentata ed a compartimenti stagni, rendendo difficile un approccio di tipo integrato che promuova la domiciliarità.
- b) Difficoltà a gestire l'assistenza a lungo termine (Long Term Care) da parte delle famiglie: spesso le famiglie sono smarrite e disorientate quando un anziano perde la propria autonomia e non è preparato ad agire tempestivamente ed efficacemente per affrontare le nuove sfide in termini di cura, assistenza, decisioni da prendere in materia di salute, relazione e organizzazione. Il panorama dispersivo dei servizi e il difficile onere burocratico per attivarli spingono le famiglie a prendere decisioni affrettate e disinformate che spesso portano a un'istituzionalizzazione prematura presso le strutture di cura, anche se la perdita di autonomia potrebbe essere curata a domicilio.
- c) Isolamento degli anziani: i cambiamenti sociali contemporanei aumentano progressivamente

l'isolamento e la solitudine dell'anziano, due condizioni che rappresentano un importante fattore di rischio esponendo l'anziano ad un peggioramento delle condizioni di vita e alla perdita di autonomia. La rigenerazione di vincoli di comunità e il sostegno reciproco possono prevenire efficacemente il declino fisico, funzionale e cognitivo aiutando le famiglie a condividere, comprendere ed essere guidate e sostenute quando un membro perde autonomia/e.

Il progetto risponde alla necessità di concentrarsi sui bisogni della popolazione, coinvolgendo tutti gli attori che, avendo anche una forte esperienza negli approcci di cooperazione territoriale, possano contribuire a migliorare la collaborazione tra le istituzioni e la società civile attualmente non sufficientemente coinvolta e di promuovere la semplificazione normativa e amministrativa nei processi di elaborazione delle politiche sanitarie e di inclusione sociale con l'obiettivo di raggiungere una maggiore armonizzazione della governance multilivello nell'area transfrontaliera.

C.2.2 In che modo il progetto affronta le sfide e le esigenze identificate e quali sono le novità dell'approccio adottato dal progetto?

Illustrare l'approccio scelto dal progetto per affrontare le sfide e le esigenze sopra descritte. Descrivere inoltre in che modalità l'approccio andrà oltre le attuali prassi del settore/dell'area di Programma/dei paesi partecipanti, dimostrando l'innovatività dell'approccio.

L'approccio innovativo con il quale il progetto risponderà alla sfida comune dell'invecchiamento della popolazione nell'area Programma prevede la predisposizione e la realizzazione sperimentale di un Patto di Comunità a livello transfrontaliero che sosterrà un modello di presa in carico integrata e personalizzata dell'anziano e della sua famiglia, in sinergia tra servizi pubblici e privati.

Il patto di comunità è una libera intesa sottoscritta tra cittadini (singoli e associati), amministrazione comunale, servizio socio-sanitario per la realizzazione di collaborazioni volte alla promozione dell'interesse generale mediante la presa in carico condivisa della persona anziana e nasce dalla constatazione dei profondi cambiamenti che hanno interessato la struttura sociale e dell'assistenza socio-sanitaria negli ultimi anni.

Si propone quindi di rafforzare il coinvolgimento della comunità e delle reti territoriali che già svolgevano un importante ruolo nel modello proposto da CrossCare 1 per garantire la permanenza della persona anziana il più a lungo possibile presso la sua abitazione ed evitare una precoce istituzionalizzazione attraverso la co-progettazione e co-operazione pubblico – privata di enti istituzionali nonché operatori ed altri soggetti privati nell'ambito sociale.

Il patto di comunità/accordo di rete diviene uno strumento importante che permette di formalizzare collaborazioni tra servizi già esistenti, in modo che il loro coinvolgimento abbia un coordinamento maggiore e sia più fluido. Non si propone pertanto di aggiungere ulteriori servizi a quelli già esistenti, bensì di mettere in rete le risorse già presenti sul territorio. Contestualmente la figura del Care Manager, che già nel progetto CrossCare 1 ricopriva un ruolo di attivatore dei servizi, verrà implementata grazie al patto di comunità avendo la possibilità di conoscere e disporre in modo più coordinato delle realtà pubbliche, private, associative o volontaristiche presenti sul territorio di riferimento.

Si prevede innanzitutto di implementare il modello realizzato nell'ambito del progetto Crosscare 1 attraverso la redazione di un manuale di linee guida basato sulle metodologie già sperimentate ed i risultati ottenuti nell'ambito del progetto (metodo Arco Terapeutico e Schema Polare), ma anche contenente la descrizione di misure ed interventi esistenti ed innovativi possibili nella cura ed assistenza dell'anziano e della sua famiglia.

Il presente progetto vuole inoltre rafforzare e diffondere un modello di presa in carico domiciliare integrata e personalizzata che affronti l'invecchiamento attraverso la modalità innovativa di presa in carico dell'anziano "per progetti personalizzati", dove l'anziano non è più il beneficiario passivo di prestazioni precostituite, ma il centro di una rete di attività organizzate ad hoc in base ai suoi bisogni, diritti e desideri; rete di cui è parte attiva e che contribuisce ad alimentare esprimendo liberamente le

proprie preferenze. In tal modo il progetto risponde all'obiettivo del Programma di una focalizzazione più mirata ai bisogni reali della popolazione e in particolare degli anziani.

Oltre che focalizzarsi sull'individuo e le sue necessità, il progetto propone un approccio sistemico e innovativo di welfare generativo in grado di affrontare le sfide sopra descritte e creare una società più coesa. L'obiettivo è quello di passare dal welfare attuale, che raccoglie e distribuisce, a un welfare che sia in grado di rigenerare risorse già disponibili, al fine di creare un modello di assistenza preventiva aumentando così il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio dell'intera collettività. In concreto si vuole intervenire su una situazione di fragilità prima che intervengano i servizi sociali, i quali agiscono quando essa non può più essere migliorata, ovvero il deterioramento delle condizioni degenerative dell'anziano possano essere efficacemente rallentate. Per attuare azioni di welfare generativo e di progettazione partecipata in grado di agire sulla prevenzione e sul monitoraggio, migliorando così le capacità di risposta del sistema alle situazioni di fragilità e conseguentemente le condizioni di vita della popolazione anziana, verranno implementate nell'ambito del progetto le sinergie tra gli enti pubblici, le organizzazioni no profit ed altre realtà solidali. L'approccio innovativo di governo dei processi decisionali inclusivi pubblico-privato, permetterà di riunire gli attori pubblici e privati del settore; di sviluppare una strategia integrata comune nell'ambito dei servizi sociali per affrontare le esigenze della popolazione anziana; di condividere pertanto le risorse dell'area transfrontaliera per intensificare la cooperazione tra cittadini e istituzioni al fine di ridurre gli ostacoli amministrativi nell'elaborazione delle politiche sociali e migliorare così la governance istituzionale multilivello per ottimizzare i servizi ai cittadini nell'Area di Programma.

C.2.3 Perché risulta necessaria una cooperazione transfrontaliera per raggiungere gli obiettivi e i risultati del progetto?

Spiegare perché gli obiettivi del progetto non possono essere conseguiti in modo efficiente agendo solo a livello nazionale, regionale o locale e descrivere qual'è il valore aggiunto per il partenariato e per l'area del progetto nell'adottare un approccio di cooperazione transfrontaliera.

Il fenomeno dell'invecchiamento è una sfida comune dell'area Programma ed è un fattore che a medio termine avrà un impatto significativo sulle politiche sanitarie e di inclusione sociale. Il trend demografico e socioeconomico che interessa l'intera Europa è destinato ad avere un profondo impatto sulla spesa pubblica e sulle politiche sociali degli Stati membri in materia di pensioni, sanità, assistenza ed educazione, considerando anche che i recenti avvenimenti socio-economici globali e, in particolare, la pandemia da Covid-19 hanno acuitizzato e portato alla luce le criticità intrinseche del settore socio-sanitario, quali la disparità nell'accesso ai servizi sanitari e sociali, la carenza di operatori sanitari ed un sistema sanitario centralizzato e non territoriale. Tali fattori devono e dovranno essere tenuti in considerazione nelle nuove programmazioni e richiedono analisi e sperimentazioni da affrontare congiuntamente a livello transfrontaliero per creare un nuovo approccio al sistema che riesca a coinvolgere attori istituzionali e non istituzionali in nuove forme di collaborazione e sinergie, capitalizzando le risorse esistenti e le conoscenze conseguite durante l'attuazione congiunta del progetto Crosscare 1.

I partner del progetto hanno voluto continuare la proficua collaborazione transfrontaliera attuata nell'ambito del progetto Crosscare 1 che ha portato alla predisposizione del Modello transfrontaliero per la presa in carico integrata e personalizzata dell'anziano e la definizione delle linee guida e delle soluzioni congiunte per affrontare la sfida dell'invecchiamento e l'armonizzazione dei servizi della cura dell'anziano. Il presente progetto vuole pertanto riprendere le conoscenze del suddetto Modello, rafforzarlo con un'ulteriore attenzione al sistema dei servizi a livello delle comunità locali e suggerire modi di progettazione e di attivazione di reti di intervento che si basano sull'incontro creativo e collaborativo tra soggetti del "settore formale" e del "settore informale". Si vuole quindi promuovere il coinvolgimento della comunità e l'integrazione della politica, degli attori istituzionali e privati (for profit e non profit) in una visione di welfare generativo. Nello specifico i partner transfrontalieri

collaboreranno nella redazione delle linee guida dei risultati ottenuti attraverso i metodi del Modello sviluppato in Crosscare 1 attraverso: 1) la definizione dei criteri di valutazione multi professionale della presa in carico dell'anziano e gli indicatori per la misurazione delle relazioni sociali dell'area transfrontaliera; 2) l'analisi congiunta sulle possibili misure esistenti ed innovative nella cura e assistenza dell'anziano e la sue famiglia; 3) la definizione dei programmi di formazione condivisi per gli operatori socio sanitari, volontari, operatori del terzo settore, partner del progetto; care givers; policy makers e persone che si prendono cura dell'anziano (familiari, badanti, persone anziane, volontari non professionali).

La sfida più importante che i partner vogliono affrontare congiuntamente è la realizzazione innovativa dei patti di comunità/accordi di rete sottoscritti tra cittadini (singoli e associati), amministrazioni comunali ed i servizi socio-sanitari per la realizzazione di collaborazioni volte alla promozione dell'interesse generale mediante la presa in carico condivisa della persona anziana. Si prevede la realizzazione congiunta del concetto del Patto di Comunità, che sarà poi adattato ed avrà una composizione diversa a seconda del territorio nel quale esso verrà applicato, attraverso: 1) la realizzazione di uno studio di fattibilità per identificare la modalità e la forma giuridica più congrua per giungere ad uno strumento di coordinamento ed attivazione della comunità territoriale; 2) la creazione di una Cabina di Regia - Tavolo multisettoriale e multilivello transfrontaliero permanente che includerà, oltre ai partner del progetto, i rappresentanti dei diversi stakeholders del territorio transfrontaliero (amministrazioni comunali, servizi socio sanitari, Terzo settore, Associazioni di volontariato, Cittadini singoli tra cui over 65); 3) la redazione e sottoscrizione dei Patti di Comunità declinati sul contesto territoriale specifico in cui si realizzeranno.

Attraverso l'approccio transfrontaliero di attuazione delle iniziative mirate alla qualità dell'assistenza e cura dell'anziano, i partner potranno accrescere le proprie conoscenze e competenze che permetteranno loro di sviluppare una strategia integrata comune nell'ambito dei servizi sociali per affrontare le esigenze della popolazione anziana nonché di co-progettare e implementare azioni di welfare generativo nell'ottica di una migliore governance istituzionale nell'ambito dei servizi sociali dell'area transfrontaliera.

C.2.4 Chi trarrà vantaggio dagli output e dai risultati del progetto?

Selezionate dall'elenco a discesa i target group rilevanti per il vostro progetto. Per ciascuno di essi fornite una specifica più dettagliata e spiegate in che modo trarranno vantaggio dagli output e dai risultati del vostro progetto. Verificate la coerenza con i target group definiti nel piano di lavoro (sezione C4).

Target Group	Specifiche
--------------	------------

Target Group	Specifiche
<p>Autorità pubblica locale</p>	<p>Il progetto CrossCare 2.0 coinvolgerà direttamente in tutte le attività di progetto i rappresentanti delle diverse autorità pubbliche locali, tra le quali anche gli stessi partner associati di progetto, che avranno modo di lavorare in sinergia grazie ad una figura di raccordo (Care Manager) supportata da un modello teorico accuratamente studiato e descritto.</p> <p>I rappresentanti delle autorità locali coinvolti beneficeranno dei risultati della sperimentazione (un miglioramento sul proprio territorio della situazione della popolazione anziana), della possibilità di avere servizi innovativi da proporre ai propri cittadini, nonché della possibilità di inviare i loro operatori socio-sanitari ai corsi di formazione congiunta.</p> <p>Nell'azione di redazione dei Patti di Comunità (WP2) le autorità pubbliche locali avranno un ruolo attivo e prenderanno parte alla Cabina di Regia territoriale.</p> <p>Nell'azione pilota di sperimentazione (WP3) i comuni verranno coinvolti nell'attività da parte delle Case di Riposo protagoniste del progetto per supportare, attraverso i servizi sociali comunali, l'individuazione degli anziani da includere nella sperimentazione. Tutti i partner associati contribuiranno al buon andamento delle attività di sperimentazione.</p> <p>Le autorità pubbliche locali saranno inoltre coinvolte nelle attività di definizione, comunicazione e diffusione del Modello.</p> <p>Al fine di diffondere l'approccio CrossCare su tutta l'area di Programma si vuole coinvolgere anche le autorità locali (comuni) e gli enti pubblici che si occupano di inclusione sociale dei territori non coinvolti nel presente progetto, attraverso la promozione sul sito web del progetto ospitato dal Programma e sui siti istituzionali, durante gli eventi e le conferenze stampa organizzate nell'ambito del progetto e attraverso i canali di comunicazione periodici di promozione delle attività dello stesso.</p>
<p>Autorità pubblica regionale</p>	<p>I rappresentanti delle autorità pubbliche regionali trarranno benefici soprattutto dal rafforzamento dell'approccio proposto per la presa in carico integrata e personalizzata dell'anziano, che verrà rafforzata dalla redazione dei Patti di Comunità e la conseguente sperimentazione. Inoltre le autorità regionali potranno beneficiare del rafforzamento dei rapporti di cooperazione transfrontaliera nel settore sociosanitario e dei risultati evinti dalla sperimentazione del Modello rafforzato che saranno utili per proposte di modifiche legislative nel settore sociosanitario.</p> <p>Le autorità regionali saranno uno dei target delle attività di comunicazione del progetto e sarà promossa la loro partecipazione agli eventi organizzati nell'ambito dello stesso. Gli stessi soggetti saranno raggiunti dalle iniziative periodiche di comunicazione e invitati ufficialmente agli eventi di disseminazione del progetto.</p>

Target Group	Specifiche
Altro	<p>Gli operatori sociosanitari pubblici e privati saranno direttamente coinvolti in tutte le azioni e trarranno benefici dal punto di vista del miglioramento delle politiche sociali attraverso la sperimentazione del Modello rafforzato, la stipula dei Patti di Comunità e l'attivazione della figura del Care Manager, che porteranno un approccio innovativo di presa in carico dell'anziano.</p> <p>Almeno 350 operatori socio sanitari potranno accrescere le proprie conoscenze nel settore grazie ai programmi di formazione congiunta realizzati nell'ambito del progetto. Le Case di Riposo partner del progetto informeranno gli operatori sanitari sui programmi dei corsi, raccoglieranno le adesioni e selezioneranno gli operatori partecipanti ai corsi di formazione. Gli attori non formali del settore sociosanitario verranno coinvolti attraverso gli incontri informativi, eventi e conferenze stampa organizzati dai PP sul modello rafforzato definito e sperimentato nell'ambito dello stesso.</p> <p>Gli operatori parteciperanno attivamente alla redazione dei Patti di Comunità e alle Cabine di Regia, prendendo parte agli incontri e portando il proprio contributo professionale alla predisposizione dei Patti e al coinvolgimento degli attori locali.</p> <p>Almeno 12 operatori beneficeranno e parteciperanno attivamente alla sperimentazione del Modello rafforzato e saranno direttamente coinvolti attraverso la direzione e il monitoraggio del lavoro svolto dal Care Manager fornendo eventuale supporto e verificando periodicamente le attività svolte dallo stesso.</p> <p>Infine, tutto il materiale delle formazioni prodotto nell'ambito di CrossCare 2.0 verrà messo a disposizione della comunità, così che anche dopo la conclusione del progetto altre case di riposo e altri operatori dell'area transfrontaliera possano conoscere e replicare il modello innovativo rafforzato e i Patti di Comunità presso le loro strutture.</p>

Target Group	Specifiche
Altro	<p>Gli anziani residenti nel territorio transfrontaliero verranno coinvolti attraverso incontri informativi sul Modello rafforzato e sulle attività di progetto. La partecipazione del pubblico anziano agli incontri sarà facilitata dalla promozione a livello locale attraverso dépliant promozionali distribuiti presso gli enti pubblici socio sanitari sul territorio, i programmi tv, radio e articoli nei media stampati locali e nazionali, oltre che direttamente dagli attori della comunità locale.</p> <p>Nella redazione dei Patti di Comunità gli anziani, principale gruppo di stakeholders, verranno inclusi sia come singoli cittadini che come membri di associazioni e avranno la possibilità di esprimere le proprie istanze e collaborare alla redazione dei patti stessi.</p> <p>Il gruppo di anziani interessati dall'attività di sperimentazione del Modello rafforzato (almeno 40 utenti) potranno accedere ad un percorso personalizzato di accompagnamento e di attivazione dei servizi presenti sul territorio. Gli anziani presi in carico dai Care Manager avranno la possibilità di migliorare la propria qualità di vita grazie all'orientamento ricevuto e al pacchetto dedicatogli per l'attivazione dei servizi necessari. Il Care Manager farà loro da guida e da supporto favorendo un percorso di ricerca dell'autonomia, strutturando e monitorando la rete di sostegno comunitario che permetta la ricerca di soluzioni partecipate, evitando la creazione di "dipendenza" dalla figura del care manager stesso.</p> <p>Il gruppo target verrà raggiunto secondo diverse modalità: 1) un lavoro di equipe di segnalazione da parte dei Servizi sociali, dei medici di base e delle stesse Case di Riposo; 2) il coinvolgimento nella sperimentazione a livello territoriale di anziani soli che necessitano di assistenza a domicilio a differenti livelli di gravità; 3) la comunicazione e promozione sulle attività e i risultati di progetto.</p>

Target Group	Specifiche
Gruppi di interesse, comprese le ONG	<p>Il progetto CrossCare 2.0 si rivolgerà ai seguenti gruppi di interesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rete degli attori locali del territorio, gruppi formali e/o informali e associazioni che lavorano per la cura dell'anziano presenti nei comuni in cui verrà sperimentato il Patto di Comunità. <p>Il lavoro che il progetto propone si basa sull'attivazione di tutte quelle realtà territoriali presenti nell'area di Programma e interessate a collaborare nella redazione del Patto di Comunità e nella redazione del Modello rafforzato da CrossCare 2.0.</p> <p>Le associazioni, i gruppi di lavoro già esistenti e tutte le realtà formali e informali presenti sul territorio potranno beneficiare del percorso di redazione delle Linee Guida del Patto di Comunità e della sua successiva concretizzazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli Amministratori di sostegno delle persone anziane coinvolte nel progetto e assistite dal lavoro di accompagnamento del Care Manager. • La comunità dei caregiver (familiari, badanti, persone anziane, volontari non professionali) che in modo formale e informale si prende cura della persona anziana, che potrà partecipare alle formazioni e agli incontri di disseminazione dei risultati di progetto. • Specifiche comunità professionali (operatori sociosanitari, Medici di Famiglia) che potranno trarre vantaggio dalle formazioni e dalla formalizzazione delle reti di collaborazione territoriale formalizzate dai Patti di Comunità.
Pubblico generico	<p>Considerando il principio della cittadinanza attiva e della partecipazione divengono beneficiari attivi del progetto tutti i residenti dei comuni interessati dal progetto, con un focus particolare sui familiari delle persone anziane e i lavoratori del settore.</p> <p>I membri della comunità potranno partecipare attivamente alle attività previste dal progetto nei WP2 e 3 in un'ottica di welfare comunitario e generativo. Grazie alle Linee guida redatte durante il progetto la comunità avrà a disposizione uno strumento innovativo per formalizzare le collaborazioni esistenti. La rete degli attori sociali del territorio, innescando sinergie propositive e proattive e creando nuovi legami nella comunità locale, potrà rendere la nascita e manutenzione delle relazioni una capacità della comunità stessa, che le riconosce, dà loro valore, le alimenta, le cura e le rigenera. Il progetto crea un percorso di responsabilizzazione della persona, della famiglia e della comunità nella gestione del proprio patrimonio di salute, rendendola partecipe, in modo creativo e collaborativo, alla funzione istituzionale della tutela della salute.</p> <p>La cittadinanza potrà avvalersi di un sistema a rete di collaborazione tra i soggetti verso una presa in carico condivisa dei concittadini anziani; sistema che andrà ad integrazione del sistema sociosanitario pubblico, consentendo all'intera comunità l'accesso ad un'offerta socio-assistenziale che permette la presa in carico globale dei singoli e delle rispettive famiglie, di qualità e mirata ai reali bisogni espressi e potenziali.</p> <p>Infine i famigliari degli anziani e i care giver potranno accrescere le proprie conoscenze nella cura della persona anziana grazie alle formazioni previste nel WP1 e all'accompagnamento organizzativo e psicologico che riceveranno da parte del Care Manager.</p>

Target Group	Specifiche
Fornitore di infrastrutture e servizi (pubblici)	<p>Le Case di Riposo e le Residenze per Anziani coinvolte potranno beneficiare delle azioni di progetto sotto diversi aspetti.</p> <p>Il personale che lavora nella Casa di Riposo parteciperà al percorso formativo proposto portando ad un rafforzamento delle competenze interne alla struttura. Anche all'interno delle strutture e nell'erogazione del servizio verrà adottato l'approccio CrossCare rivolto ad una presa in carico integrata, condivisa e a 360° della persona anziana. Oltre alle strutture coinvolte come partner di progetto, sarà volontà del progetto coinvolgere nel programma formativo il personale di altre strutture e dei servizi sociosanitari del territorio.</p> <p>Le Case di Riposo si metteranno in rete tra loro e proseguiranno il percorso di "apertura" verso la comunità e le realtà del territorio, parteciperanno attivamente alla redazione del Patto di Comunità e potranno avvalersi delle collaborazioni che verranno formalizzate attraverso il Patto.</p>

C.2.5 Come contribuisce il progetto a strategie e politiche più ampie?

Indicare le strategie e le politiche alle quali il progetto apporterà il proprio contributo e descrivere brevemente in che modo.

Strategia	Contributo
Green Deal europeo	<p>L'obiettivo del progetto Crosscare 2.0 di concentrarsi sui fabbisogni della popolazione anziana e proporre un approccio innovativo di welfare generativo in grado di rigenerare risorse già disponibili per creare un modello di assistenza preventiva ed aumentare l'efficienza delle politiche sociali a beneficio della popolazione anziana dell'area transfrontaliera è in linea con l'obiettivo della strategia di crescita del Green Deal europeo volta a preservare e trasformare l'UE in una società giusta, prospera e socialmente inclusiva.</p> <p>Il Green Deal vuole realizzare nuove politiche in risposta al problema comune del clima e dell'ambiente attraverso il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei cittadini, delle autorità e istituzioni pubbliche, della società civile e dell'industria quale "metodo" più efficace per attuare un percorso di crescita dell'Unione Europea a livello economico e sociale che sia al contempo moderna, sostenibile, efficiente sotto il profilo delle risorse, competitiva ed inclusiva. Il progetto Crosscare 2.0, che prevede la realizzazione congiunta sperimentale dei Patti di Comunità; la creazione di una Cabina di Regia multisettoriale transfrontaliera composta dai rappresentanti di diversi stakeholders del territorio transfrontaliero (amministrazioni comunali, servizi socio-sanitari, Terzo settore, Associazioni di volontariato, cittadini) ed il potenziamento della cooperazione pubblico-privata per il coordinamento dei servizi già esistenti in ambito sociale, contribuisce a conseguire l'obiettivo della strategia Green Deal di collaborazione partecipativa tra soggetti pubblici e privati per la definizione delle politiche dei settori di rilevanza europea.</p> <p>Inoltre, dal punto di vista dell'attenzione all'ambiente verranno utilizzati nell'ambito del progetto appalti verdi, sistemi di trasporto sostenibili, piattaforme di e-conference per i meeting fra i partner e procedure di smaterializzazione della documentazione e comunicazione.</p>

Strategia	Contributo
Strategia dell'UE per la regione adriatica e ionica	<p>L'obiettivo complessivo del presente progetto (rafforzare la cooperazione e la governance dei processi decisionali pubblico-privata tra enti istituzionali ed operatori chiave dei servizi sociosanitari dedicati alla cura dell'anziano) è perfettamente in linea con gli obiettivi generali della strategia EUSAIR: rinforzare la capacità istituzionale e amministrativa a livello nazionale, regionale e locale per assicurare che le strutture siano in grado di lavorare con le loro controparti oltre frontiera; attuare azioni volte a promuovere la partecipazione attiva dei cittadini, nonché creare sinergie e promuovere il coordinamento tra tutti i territori della Regione Adriatico-Ionica per affrontare congiuntamente le sfide comuni e coglierne le diverse opportunità, al fine di incrementare la prosperità economica e sociale della regione.</p> <p>Attraverso 1. il rafforzamento dei rapporti di cooperazione transfrontaliera tra gli attori istituzionali e privati del settore sociosanitario per lo sviluppo di un sistema di welfare generativo; 2. la redazione e la realizzazione sperimentale a livello transfrontaliero dei Patti di Comunità per la presa in carico integrata dell'anziano con il coinvolgimento delle autorità pubbliche e degli operatori privati del territorio e 3. la definizione dei programmi di formazione condivisi per gli operatori sociosanitari formali e informali per la cura dell'anziano, il progetto contribuirà attivamente al conseguimento degli obiettivi della strategia di migliorare la governance grazie alla definizione di soluzioni congiunte per affrontare la sfida dell'invecchiamento; lo scambio di esperienze e conoscenze tra gli operatori sociosanitari e la partecipazione nella partnership di progetto e cooperazione tra i diversi stakeholders pubblici e privati del settore sociosanitario nell'area transfrontaliera.</p>

Strategia	Contributo
Strategia dell'UE per la regione alpina	<p>Il progetto prevede: il rafforzamento dei rapporti di cooperazione transfrontaliera tra gli attori istituzionali e privati del settore sociosanitario per lo sviluppo di un sistema di welfare generativo attraverso l'implementazione e potenziamento del "Modello transfrontaliero della cura dell'anziano" sviluppato nell'ambito del progetto CrossCare 1 e della figura del Care Manager; la redazione e la sottoscrizione di Patti di Comunità con il coinvolgimento delle autorità pubbliche e degli operatori privati del territorio transfrontaliero per la formalizzazione di collaborazioni tra i servizi già esistenti della rete territoriale in ambito sociosanitario; la realizzazione sperimentale dei Patti di Comunità in alcuni territori dell'area transfrontaliera al fine di migliorare il coordinamento e l'interazione tra i diversi stakeholders pubblici e privati, responsabili per l'attuazione delle politiche e l'erogazione delle prestazioni sociali a beneficio della popolazione anziana, di migliorare la governance del sistema sociale e conseguentemente migliorare la coesione territoriale dell'area Programma.</p> <p>Il progetto è pertanto perfettamente in linea con l'obiettivo orizzontale della strategia EUSALP di "Un solido modello di governance macroregionale per la Regione Alpina volto a migliorare la cooperazione e il coordinamento delle azioni" che prevede la creazione di un modello efficiente di governance, attraverso il coinvolgimento e la partecipazione effettiva degli attori impegnati nell'attuazione delle politiche per affrontare la sfida del fenomeno dell'invecchiamento in costante aumento su tutta l'area alpina. Gli altri obiettivi sono la condivisione delle conoscenze, il rafforzamento del dialogo, della cooperazione e del coordinamento sostanziale tra le istituzioni pertinenti a livello decisionale ed i soggetti interessati della Regione al fine di ridurre la frammentazione della governance e garantire la coerenza tra le iniziative esistenti.</p>

Strategia	Contributo
Altro	<p>Il progetto, con il rafforzamento della cooperazione e la governance dei processi decisionali pubblico-privata tra enti istituzionali ed operatori chiave dei servizi sociosanitari dedicati alla cura dell'anziano per sviluppare strategie integrate e condivise alla sfida comune dell'invecchiamento e potenziare il coordinamento dei servizi già esistenti in ambito sociale dell'area transfrontaliera, contribuisce alle politiche delle DG: Cooperazione Internazionale e Sviluppo; Affari Economici e Finanziari, Occupazione, Affari Sociali e Inclusione; della Strategia Danubiana, Del Patto della Salute 2022-2024 in Italia, della "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" in Italia n. 328/2000 e del Piano nazionale degli interventi dei servizi sociali 2021-2023 che conseguono gli obiettivi di sviluppare un sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso una valutazione multidimensionale dei bisogni dell'anziano; di modernizzare i sistemi di protezione sociale attraverso la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale, nonché di rafforzare le capacità istituzionali a livello locale, regionale e nazionale, del coinvolgimento della società civile nella governance pubblica, come presupposto per un futuro sostenibile, resiliente e prospero. Il progetto inoltre contribuisce agli obiettivi e politiche della Legge sull'assistenza a lungo termine e della Legge sulla protezione sociale della Repubblica di Slovenia; del PNNR in Italia; della L.R. 38/2017 e DGR 1315/2019 sull'invecchiamento attivo della Regione Veneto; della L.R. 22 /2019 della Regione Friuli Venezia Giulia, nonché dei Programmi di sviluppo regionale delle regioni Obalno-kraška e Osrednjeslovenska che supportano riforme e investimenti nei sistemi sanitari per garantire un accesso equo e una migliore qualità dei servizi di assistenza a lungo termine, nonché strategie di sostegno e l'implementazione di modelli di prevenzione in ambito sociosanitario.</p>

C.2.6 In che modo il vostro progetto si avvalerà delle sinergie con l'UE e con altri progetti o iniziative?

Progetto o iniziativa (compreso lo strumento di finanziamento, se applicabile)	Sinergie previste
<p>“CHANGE, Pathways to prevent and combat gender-based violence” Project: 101049401 – CHANGE - CERV-2021-DAPHNE</p>	<p>Il progetto CHANGE è attualmente in corso (è iniziato nel 2022 e si concluderà nel 2024) e vede Itaca come capofila.</p> <p>L’obiettivo di progetto è creare percorsi di prevenzione e contrasto alla violenza di genere attraverso: attività di sensibilizzazione e prevenzione nelle scuole e presso la comunità, percorsi formativi per professionisti del settore (frontline professionals) e per operatori degli sportelli per uomini maltrattanti, l’apertura o il potenziamento di sportelli di supporto a percorsi di cambiamento per uomini maltrattanti.</p> <p>Anche CHANGE, come CrossCare 2.0, mira quindi a migliorare la qualità di vita a fasce della popolazione che si trovano in una situazione di fragilità, attraverso la collaborazione tra partner istituzionali e operativi e tra pubblico e privato. Ma non ci sono sovrapposizioni con CrossCare 2.0 proprio perché il target è diverso.</p> <p>Il progetto si sviluppa nelle regioni Friuli-Venezia Giulia e Veneto e, tra i soggetti istituzionali che collaborano, ci sono ASFO, ULSS e ASUGI che compaiono anche in CrossCare 2.0 in veste di PA. Il progetto, quindi, va a rafforzare e dare continuità alle relazioni di collaborazione tra Itaca e le istituzioni, creando una rete che con CrossCare 2.0 verrà ulteriormente consolidata.</p>
<p>Let’s move to improve, KA1, Mobilità per l’apprendimento, Erasmus+</p>	<p>Il progetto vedeva Itaca come Lead Partner e si è già concluso nel 2017, ma viene comunque qui citato per affinità poiché la tematica del progetto è quella della presa in carico dell’utenza anziana. In particolare, tra i temi sui quali si sono organizzate 4 formazioni internazionali (3 in Germania e 1 in Croazia) ci sono: “L’anziano con demenza”, “Inclusione delle persone affette da disabilità e da problemi di salute mentale”, “Il welfare di servizio”, “La presa in carico dell’utente all’interno del contesto di appartenenza”.</p> <p>CrossCare 2.0 costruisce parte delle sue competenze anche su questa progettazione e sull’arricchimento che ne è derivato per i partner, reso possibile da uno scambio sovranazionale sulla tematica della presa in carico e dell’assistenza delle persone anziane.</p>

C.2.7 In che modo il progetto si avvale delle conoscenze disponibili?

Descrivere le esperienze/le lezioni apprese di cui il progetto si avvale e altre conoscenze disponibili che il progetto capitalizza. Se pertinente, specificare i progetti da capitalizzare e quali partner di progetto sono stati coinvolti.

Il progetto capitalizza le conoscenze del Modello CrossCare e si avvale delle passate esperienze di tutti i partner giver (Itaca, ITIS, DEOS e Francescon).

Il Modello, proposto, descritto e sperimentato tramite CrossCare 1 prevede una modalità di lavoro dove ogni azione è legata consequenzialmente all’altra in un contesto ampio e strutturato in cui tutte le attività sono finalizzate al raggiungimento dell’obiettivo condiviso della presa in carico integrata e personalizzata dell’anziano.

Il Modello prevede l’identificazione della figura professionale del Care Manager; la valutazione multidimensionale del bisogno del singolo in base alle sue esigenze; la definizione chiara di

prevenzione precoce; la qualificazione del servizio domiciliare come elemento chiave nelle strategie di invecchiamento attivo; l'effettuazione della diagnosi sociale con l'individuazione di indicatori utili per la misurazione delle relazioni sociali in aggiunta alla valutazione di parametri clinici dell'anziano. Si prevede quindi di implementare il modello realizzato nell'ambito del progetto CrossCare 1 attraverso la capitalizzazione delle metodologie già sperimentate con successo come, a titolo esemplificativo, la valutazione multidimensionale con il metodo dell'Arco Terapeutico e lo Schema Polare, la figura del Care Manager e approcci innovativi per l'assistenza a lungo termine e la demenza come i metodi Gentle Care e Validation.

Il Metodo dell'Arco Terapeutico prevede la costruzione di uno spazio metodologico per dare forma a percorsi decisionali in grado di integrare i bisogni e le capacità delle persone. La valutazione della persona secondo questo metodo diventa globale perché non considera soltanto l'area organica e funzionale, ma anche la dimensione sociale, relazionale, cognitiva e comportamentale. Il profilo globale delle persone viene considerato tramite la metodologia dello Schema Polare che permette di visualizzare in un unico programma le misure ottenute a seguito della valutazione. Grazie all'adozione di questa metodologia nella prima progettazione è stato possibile valutare in tempo reale il raggiungimento dei risultati attesi e il miglioramento della persona anziana in 3 aree di osservazione: funzionale--organico, cognitivo-comportamentale e socio--ambientale--relazionale.

In CrossCare 2.0 la figura del Care Manager viene rafforzata e, oltre che punto di riferimento per famiglie e caregiver, diviene connettore, attivatore e coordinatore della rete territoriale mettendo a sistema tutte quelle realtà che operano sul territorio in modo formale e informale.

Le azioni proposte nel presente progetto nascono quindi dal riconoscimento della validità del Modello Crosscare e degli approcci appena descritti e ne estendono la portata per integrare il modello con un necessario e più ampio coinvolgimento della comunità, integrazione della politica, collaborazione tra attori istituzionali e privati (for profit e non profit) in una visione di welfare generativo.

Al fine di raggiungere la presa in carico integrata e personalizzata dell'anziano e della sua famiglia e di posticipare il momento dell'istituzionalizzazione, con il nuovo progetto si propone un maggiore coinvolgimento della comunità e delle risorse presenti sul territorio attraverso il Patto di Comunità in modo da proporre un modello flessibile che sia in grado di rispondere ai bisogni reali rilevati dai PP negli anni di lavoro e potenziare l'offerta di assistenza domiciliare.

Il progetto capitalizza le conoscenze dell'approccio sistemico e innovativo di welfare generativo in grado di affrontare le sfide sopra descritte e creare una società più coesa. Si propone quindi di passare dal welfare attuale, che raccoglie e distribuisce, a un welfare che sia in grado di rigenerare risorse (già) disponibili, responsabilizzando le persone che ricevono supporto al fine di aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio dell'intera collettività. Il progetto implementerà quindi le sinergie fra gli enti pubblici, le organizzazioni no profit ed altre realtà solidali, in modo da attuare azioni di welfare generativo e di progettazione partecipata in grado di agire sulla prevenzione e sul monitoraggio, migliorando le condizioni di vita e le capacità di risposta del sistema a favore della popolazione anziana.

Parte importante di questo processo è anche la prospettiva di relazione e collaborazione tra soggetti pubblici e privati come prevista, per la parte italiana, sulla legge 328/2000 e sul d.lgs 229/1999 di riforma sanitaria ter e della Legge sulla cura a lungo termine in fase di predisposizione nella Repubblica di Slovenia.

C.3 Partenariato

Qual'è la logica della composizione del partenariato e in che modo i partner sono complementari tra loro? Descrivete la struttura del partenariato e spiegare perché i partner sono necessari al fine dell'attuazione del progetto e del raggiungimento degli obiettivi del progetto.

Il progetto si sviluppa su un territorio transfrontaliero accomunato da sfide condivise e si basa quindi su una partnership che conta rappresentanti italiani e sloveni e che lavorerà congiuntamente nell'identificazione e nell'implementazione di strategie comuni.

I partner del progetto CrossCare 1 intendono continuare la proficua collaborazione transfrontaliera già avviata e la presente proposta si basa, quindi, sulla partecipazione di alcuni dei soggetti già attivi nel progetto precedente (identificati come giver), che arricchiranno la collaborazione con le proprie competenze ed esperienze, e la partecipazione di due nuovi partner (identificati come taker), ai quali sarà possibile trasferire gli elementi fondamentali del Modello CrossCare.

I soggetti giver attivi nella partnership (Itaca, ITIS, DEOS e Francescon) avranno il compito di trasferire e disseminare il Modello rafforzato. Nello specifico ciascuno dei soggetti contribuirà al trasferimento degli approcci e delle metodologie del Modello e agirà attivamente per il suo rafforzamento attraverso la redazione dei Patti di Comunità e la sperimentazione pilota.

I due partner taker sono stati selezionati appositamente per consentire il trasferimento del Modello in altri ambiti territoriali. La Casa di Riposo Don Moschetta, con sede a Caorle, e la Casa di Riposo di Grosuplje sono entità giuridicamente simili ai giver e questa simmetria consentirà la piena capitalizzazione del Modello. Grazie al coinvolgimento dei due taker sarà possibile non solo capitalizzare il modello in altre Case di Riposo, ma anche raggiungere nuove aree del Programma.

Il progetto vede inoltre la collaborazione di 9 Partner Associati: le autorità pubbliche locali italiane ASFO, ASUGI, AULSS 4, Comune di Sacile, Unione Intercomunale Livenza-Cansiglio-Cavallo, Comune di Portogruaro, Združenje koncesionarjev domov za starejše, Zavod Aktivna Starost, so.p. e Federsanità FVG.

I PA daranno il proprio contributo per la capitalizzazione del Modello e faciliteranno la realizzazione dei Patti di Comunità e la diffusione dei risultati di progetto.

WP1:

DEOS, in qualità di responsabile di questo WP, coordinerà i partner nella predisposizione dei programmi di formazione congiunti e verificherà la relativa attuazione degli stessi da parte di tutti i soggetti coinvolti.

Gli altri partner giver (Itaca, ITIS e Francescon) collaboreranno attivamente nella predisposizione dei programmi di formazione e nella realizzazione dei corsi coinvolgendo fin dal principio i target group, nonché mettendo a disposizione il personale che avrà il ruolo di relatore.

I partner taker parteciperanno alla predisposizione dei programmi esprimendo le loro necessità e i loro interessi e parteciperanno come pubblico alle formazioni così da istruire il proprio personale sugli approcci e le metodologie del Modello CrossCare.

Ciascun partner sarà responsabile dell'organizzazione degli eventi informativi territoriali rivolti alla popolazione over 65, alle rispettive famiglie e agli attori locali attivi sul territorio.

WP2:

Francescon sarà il WP leader nel percorso di attivazione dei Patti di Comunità (PdC) assumendo un ruolo di coordinamento del percorso condiviso di consulenza per identificare lo strumento più adatto e redigere le linee guida per la realizzazione dei PdC.

Tutti i partner, giver e taker, parteciperanno alla realizzazione congiunta del concetto del PdC, che sarà poi adattato ed avrà una composizione diversa a seconda del territorio nel quale esso verrà applicato.

Itaca, ITIS, Francescon e DEOS presiederanno le rispettive Cabine di Regia locali per giungere alla

redazione dei Patti di Comunità.

Ciascun partner organizzerà nel proprio territorio 3 eventi comunitari aperti alla cittadinanza per promuovere il Modello rafforzato, le iniziative di progetto e coinvolgere attivamente gli attori locali nella revisione del PdC.

WP 3:

ITIS, in qualità di WP leader, coordinerà le attività e i partner nella sperimentazione del modello.

Tutti i partner realizzeranno l'indagine prevista per la mappatura dei bisogni e dei desideri della popolazione target attraverso la somministrazione di questionari nel proprio territorio di riferimento.

Itaca, ITIS, Francescon e DEOS realizzeranno azioni pilota per sperimentare il Modello rafforzato e l'efficacia dei Patti di Comunità sui rispettivi comuni. Si prevede che ciascun partner raggiunga 10 persone anziane per un percorso di accompagnamento con il Care manager.

I partner taker analogamente sperimenteranno la nuova figura del Care manager raggiungendo almeno 5 utenti con cui iniziare un percorso di accompagnamento.

ITIS in quanto capofila curerà l'organizzazione dell'evento finale di progetto e tutti i partner si impegneranno nel partecipare attivamente a eventi del settore per la diffusione del Modello.

C.4 Piano di lavoro del progetto

Numero WP	Nome work package
1	Rafforzamento e trasferimento del Modello CrossCare® 1 attraverso un percorso formativo modulare
2	Realizzazione dei Patti di Comunità per un welfare generativo
3	Esperienza pilota del Modello CrossCare 2.0 rafforzato dalla componente comunitaria

Work package 1

Titolo work package

Rafforzamento e trasferimento del Modello CrossCare® 1 attraverso un percorso formativo modulare

Obiettivi

Definite un obiettivo specifico del progetto che sarà raggiunto dal vostro progetto attraverso l'implementazione del pacchetto di lavoro. Il vostro obiettivo deve essere:

- concretamente realizzabile nel corso della durata del progetto;
- specifico;
- verificabile e misurabile.

Rafforzare le competenze transfrontaliere e trasferire gli approcci, le conoscenze e gli strumenti del Modello CrossCare® a nuovi operatori del settore e a nuovi contesti territoriali

Inoltre, si prega di definire uno o più obiettivi di comunicazione che contribuiranno al raggiungimento dell'obiettivo specifico del progetto prendendo in considerazione i target group pertinenti. Gli obiettivi di comunicazione mirano a modificare la consapevolezza e il comportamento di un target di riferimento.

Aumentare il coinvolgimento degli operatori del settore socio sanitario e degli altri stakeholder con la promozione dei corsi di formazione per incrementare le loro competenze professionali nella cura dell'anziano.

Aumentare la visibilità degli output progettuali rivolti alle persone over 65 e alle famiglie con attività di comunicazione orizzontale, promuovendo la conoscenza della rete dei servizi, delle metodologie del Modello instaurato dal progetto per un'assistenza più vicina alla persona.

Attività

Attività 1.1	
Titolo	Ottimizzazione e redazione delle Linee guida transfrontaliere del Modello CrossCare® per una migliore fruibilità
Periodo di inizio	Periodo 1, 1 - 6
Fine periodo	Periodo 2, 7 - 12
Descrizione	I partner collaboreranno per l'ottimizzazione e redazione delle Linee guida transfrontaliere sui riferimenti metodologici e teorici di ciascuna componente del Modello CrossCare e le indicazioni per una immediata trasferibilità del Modello. Le linee guida transfrontaliere saranno utilizzate anche nei

Attività 1.1	
	<p>corsi di formazione dedicati a operatori sociosanitari non ancora formati e le attività di diffusione e divulgazione ad un pubblico più ampio. Contenuti delle linee guida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • criteri di valutazione multi professionale della presa in carico dell'anziano (Arco Terapeutico, Schema Polare); • misure e interventi esistenti e innovativi per la cura e l'assistenza dell'anziano e la sua famiglia (Gentle Care, Validation); • istituzione della figura professionale del Care Manager (ruoli e funzioni); • strumenti di misurazione delle necessità degli utenti utilizzati dal Care Manager nell'implementazione del modello e di valutazione • percorsi formativi transfrontalieri per gli operatori sociosanitari
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o.

Risultati tangibili / Deliverables 1.1			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.1.1.1	Linee guida transfrontaliere del Modello CrossCare®	Le linee guida transfrontaliere ottimizzate del Modello CrossCare® saranno redatte in tre lingue (italiano, sloveno e inglese) e rese disponibili in versione digitale e cartacea e saranno uno degli strumenti utilizzati durante i percorsi formativi e le attività di divulgazione e promozione.	Periodo 2, 7 - 12
D.1.1.2	Banca dati transfrontaliera aggiornata	Verrà predisposta una banca dati transfrontaliera dei soggetti interessati che potranno beneficiare delle Linee guida transfrontaliere per un approccio innovativo nell'accoglimento della persona anziana. La distribuzione sarà gratuita digitale /cartacea.	Periodo 2, 7 - 12

Attività 1.2	
Titolo	Ideazione e definizione di percorsi e programmi di formazione transfrontalieri congiunti
Periodo di inizio	Periodo 1, 1 - 6
Fine periodo	Periodo 1, 1 - 6

Attività 1.2	
Descrizione	<p>Saranno ideati e definiti a livello congiunto transfrontaliero i percorsi formativi ed i programmi per i corsi di formazione sull'applicazione ed il trasferimento del Modello CrossCare®. Il Programma complessivo sarà ideato in moduli, così da consentire la partecipazione di diverse professionalità a seconda del tema affrontato. Nello specifico i moduli trattati saranno: 1. la figura professionale e il ruolo del Care manager; 2. panoramica completa dell'approccio introdotto da CrossCare; 3. approcci innovativi per l'assistenza a lungo termine (Gentle Care, Validation); 4. Welfare Generativo; 5. incontri informativi sul Modello e sulla panoramica dei servizi territoriali.</p> <p>È prevista inoltre la formazione dei formatori stessi per l'apprendimento delle tecniche e degli approcci più innovativi nella cura dell'anziano che saranno poi trasferiti a livello transfrontaliero agli operatori sociosanitari ed altri soggetti coinvolti nella cura dell'anziano.</p> <p>I Percorsi di formazione vedranno la partecipazione attiva di tutti e 6 i PP con l'apporto dei 9 partner associati che a loro volta coinvolgeranno nei corsi di formazione congiunti i Care Manager, i referenti delle CdR, dei Servizi Sociali e del SAD, gli operatori formali del settore, e gli attori informali. Saranno inoltre favorite occasioni di scambio di esperienze al fine di migliorare le competenze e armonizzare le conoscenze dei servizi e delle tecniche previste nel Modello 2.0.</p>
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 1.2			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.1.2.1	Programmi dei percorsi formativi transfrontalieri	Ogni percorso formativo mirato ad una specifica categoria di destinatari avrà un programma formativo bilingue con diverse tematiche e sarà sviluppato in modo modulare a seconda delle competenze degli operatori sociosanitari, delle professionalità acquisite e delle esigenze del target di riferimento.	Periodo 1 , 1 - 6
D.1.2.2	Report dei percorsi tran	Report bilingui che serviranno per la trasferibilità dei percorsi formativi ad altre aree ed un utilizzo futuro, con le modalità di	Periodo 2 , 7 - 12

Risultati tangibili / Deliverables 1.2			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
	sfrontalieri di formazione per i formatori	erogazione dei corsi, i materiali utilizzati, le tematiche trattate e i risultati conseguiti durante gli incontri con i formatori dell'area transfrontaliera.	

Attività 1.3	
Titolo	Erogazione dei percorsi formativi transfrontalieri congiunti
Periodo di inizio	Periodo 1, 1 - 6
Fine periodo	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione	<p>Erogazione dei corsi di formazione come di seguito descritti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formazione per i Care manager: il modulo mira a modellare, convalidare e rafforzare le competenze necessarie al Care Manager per svolgere le sue mansioni e il suo ruolo. Rivolto in modo strategico ai nuovi Care Manager e ai Care Manager già formati precedentemente su nuove dimensioni del bisogno dell'utenza. 2. Formazione per i referenti delle CdR, dei Servizi sociali dei territori, dei SAD coinvolti dal progetto e per i Care Manager sul Modello rafforzato (Modello 2.0) e su altri aspetti legati alla cura a lungo termine dell'anziano e all'assistenza domiciliare. 3. Formazione per gli operatori del settore: invecchiamento attivo; approcci innovativi nell'ambito della demenza (Validation e Gentle Care), assistenza domiciliare e generative welfare. 4. Incontri informativi organizzati localmente per la popolazione anziana, le famiglie dei beneficiari inseriti nella sperimentazione e gli attori informali del territorio.
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 1.3			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.1.3.1	Attestati di partecipazione alla formazione	Dopo la conclusione dei corsi di formazione i partecipanti (care manager, i referenti delle Case di Riposo, dei Servizi Sociali e del SAD, operatori del settore) riceveranno l'attestato di partecipazione al corso di formazione.	Periodo 3 , 13 - 18

Attività 1.4	
Titolo	Attività di promozione dei percorsi formativi e del progetto
Periodo di inizio	Periodo 1, 1 - 6
Fine periodo	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione	<p>A partire dall'inizio del progetto tutti i partner collaboreranno per garantirne un'appropriata diffusione in tutta l'area di Programma.</p> <p>In questo Work Package, oltre alle attività di promozione locale dei percorsi formativi e agli incontri informativi territoriali rivolti agli anziani e alle rispettive famiglie, verranno anche realizzate alcune attività di diffusione e comunicazione del progetto nella sua globalità.</p> <p>Verranno organizzate 3 conferenze stampa, una per regione (Veneto, FVG Friuli e Slovenia) nell'arco di tutta la durata del progetto.</p> <p>Inoltre verrà redatto un Piano di Comunicazione che possa guidare i partner nella realizzazione coordinata di tutte le attività di comunicazione orizzontale, come l'aggiornamento del sito web di progetto sulla pagina del Programma, la promozione sui social, sui media locali (radio, giornali locali) e attraverso materiale cartaceo (depliant) adatto a raggiungere il pubblico over 65.</p>
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 1.4			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.1.4.1	Piano di Comunicazione	Cooperativa Itaca sarà responsabile di redigere il Piano di Comunicazione del progetto in stretta collaborazione con tutti i PP. Nel piano verranno identificati gli obiettivi di comunicazione, le tempistiche e gli strumenti/canali che verranno utilizzati.	Periodo 1 , 1 - 6
D.1.4.2	Confere nze stampa	Verranno organizzate 3 conferenze stampa: la prima in FVG per la presentazione del progetto e dei suoi obiettivi, la seconda (intermedia) in Slovenia per promuovere la sperimentazione del Modello 2.0 e l'ultima (finale) in Veneto per condividere i risultati raggiunti da CrossCare 2.0.	Periodo 3 , 13 - 18

Investimenti

Work package 2

Titolo work package

Realizzazione dei Patti di Comunità per un welfare generativo

Obiettivi

Definite un obiettivo specifico del progetto che sarà raggiunto dal vostro progetto attraverso l'implementazione del pacchetto di lavoro. Il vostro obiettivo deve essere:

- concretamente realizzabile nel corso della durata del progetto;
- specifico;
- verificabile e misurabile.

Consolidare la collaborazione transfrontaliera e le sinergie già in essere sul territorio, promuovendo la partecipazione attiva degli attori locali tramite la realizzazione di Patti di Comunità per un approccio innovativo per la cura dell'anziano

Inoltre, si prega di definire uno o più obiettivi di comunicazione che contribuiranno al raggiungimento dell'obiettivo specifico del progetto prendendo in considerazione i target group pertinenti. Gli obiettivi di comunicazione mirano a modificare la consapevolezza e il comportamento di un target di riferimento.

Sensibilizzazione dei soggetti formali e informali attivi nel settore sull'importanza del ruolo che riveste la comunità nell'assistenza alla persona anziana e promozione della partecipazione ai Patti di Comunità. Eventi territoriali aperti a tutta la comunità e alla cittadinanza organizzati per aumentare la partecipazione al percorso proposto e la consapevolezza degli stakeholder sull'importanza della condivisione di esperienze e della partecipazione di tutti gli attori attivi nel territorio.

Attività

Attività 2.1	
Titolo	Identificazione dello strumento giuridico adatto e delle linee guida per la realizzazione dei Patti di Comunità
Periodo di inizio	Periodo 1, 1 - 6
Fine periodo	Periodo 2, 7 - 12
Descrizione	Tutti i PP parteciperanno attivamente ad un percorso di studio e analisi. Il percorso avrà l'obiettivo di definire lo strumento più adatto a promuovere e formalizzare il coinvolgimento attivo della comunità per l'ideazione di Patti di comunità congiunti per una cura dell'anziano integrata. Verrà identificata la forma giuridica che riesca a porre al

Attività 2.1	
	<p>centro la disciplina delle modalità di collaborazione tra i cittadini, l'amministrazione e tutte le realtà territoriali che lavorano nel settore della cura della persona anziana. In questo modo si potrà pensare alla realizzazione di patti di collaborazione grazie ai quali tutti i cittadini attivi, singoli o associati, l'amministrazione e i servizi presenti sul territorio possano svolgere attività di interesse generale e creare una rete intorno alle persone in stato di fragilità. Al termine del percorso sarà identificato un modello condiviso che i PP potranno trasporre e plasmare in modo da incontrare le peculiarità del proprio territorio.</p>
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 2.1			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.2.1.1	Linee guida congiunte per la redazione di un Patto di Comunità	Ogni partner disporrà di linee guida congiunte che gli consentiranno di lavorare localmente per l'attivazione e il coinvolgimento di tutti gli attori del territorio transfrontaliero attraverso l'utilizzo degli strumenti e delle modalità più congrue. Le linee guida saranno bilingui ita-slo.	Periodo 2 , 7 - 12

Attività 2.2	
Titolo	Attivazione di una Cabina di Regia territoriale
Periodo di inizio	Periodo 1, 1 - 6
Fine periodo	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione	<p>Per un'efficiente implementazione del sistema di collaborazione territoriale ideato, il progetto prevede un governo dei processi decisionali inclusivo, di co-progettazione e co-operazione pubblico-privato e configura un sistema aperto quanto a processi, informazioni e dati prodotti dai diversi attori.</p> <p>A garanzia della dimensione processuale per la sperimentazione del Modello 2.0, sarà istituita una Cabina di Regia, multiprofessionale e a compagine</p>

Attività 2.2	
	<p>mista pubblico-privato sociale con funzioni di indirizzo, impulso e coordinamento generale sull'attuazione degli interventi.</p> <p>La Cabina di Regia verrà costituita ad inizio progetto e sarà composta da un nucleo stabile di rappresentanti dei partner di progetto, l'amministrazione comunale e l'ambito socio-sanitario di riferimento, e una componente tecnica variabile a cui prenderanno parte gli stakeholders del territorio, i rappresentanti del terzo settore e i cittadini.</p>
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 2.2			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.2.2.1	Verbali delle Cabine di Regia costituite durante il progetto	In seguito agli incontri delle Cabine di Regia verranno redatti da parte del PP referente del territorio i verbali contenenti i punti discussi, le proposte, e i suggerimenti per la realizzazione delle attività.	Periodo 3 , 13 - 18

Attività 2.3	
Titolo	Redazione dei Patti di Comunità
Periodo di inizio	Periodo 1, 1 - 6
Fine periodo	Periodo 2, 7 - 12
Descrizione	<p>Patti di Comunità (PdC), declinati sul contesto territoriale specifico, consentiranno l'attivazione continuata di reti sociali di prossimità e la formalizzazione di collaborazioni già in essere sul territorio. Il PdC è un accordo di rete, una libera Intesa sottoscritta tra cittadini (singoli e associati), amministrazione comunale, servizio sociosanitario, e società civile per la creazione di collaborazioni volte alla promozione dell'interesse generale mediante la presa in carico condivisa dell'anziano. Ciascun PP si attiverà nel proprio territorio per redigere e sottoscrivere un PdC in grado non solo di</p>

Attività 2.3	
	facilitare l'assistenza domiciliare, ma anche di garantire il monitoraggio formale/informale delle persone anziane, l'invecchiamento attivo e la prevenzione. L'approccio sotteso a questo lavoro di rete è il welfare generativo e l'obiettivo è consentire a tutti di assumersi maggiori responsabilità per se stessi e nel sistema in cui agiscono, sia esso un'organizzazione o una comunità.
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 2.3			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.2.3.1	Patti di comunità sottoscritti dalla rete territoriale	I PdC sono documenti specifici per ogni territorio. I PdC sottoscritto da attori locali attivi nell'assistenza alla persona anziana e verranno esplicitati gli intenti e le modalità per la cura domiciliare della persona anziana, l'invecchiamento attivo e la prevenzione	Periodo 2 , 7 - 12

Attività 2.4	
Titolo	Eventi transfrontalieri di sensibilizzazione
Periodo di inizio	Periodo 1, 1 - 6
Fine periodo	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione	In concomitanza con il percorso che porterà alla redazione dei Patti di Comunità (PdC) ciascun partner organizzerà, con la collaborazione degli altri PP, 3 incontri nel proprio territorio di competenza. Il percorso comunitario verrà supportato da esperti nei processi di ingaggio della comunità (Operatori di Comunità) e sarà rivolto a tutta la cittadinanza, con una particolare attenzione alla popolazione anziana, agli attori formali e informali del Terzo settore che lavorano attivamente per la cura dell'anziano. Gli eventi saranno così programmati: evento di lancio e coinvolgimento nell'iniziativa del PdC, un evento intermedio per la costruzione positiva delle iniziative avviate e la sensibilizzazione della popolazione e un evento finale di restituzione alla comunità di quanto

Attività 2.4	
	realizzato. Durante gli eventi si cercherà di coinvolgere attivamente tutti gli attori locali e la cittadinanza e diffondere gli elementi cruciali del modello di presa in carico rafforzato, integrato e condiviso.
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 2.4			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.2.4.1	Materiale informativo distribuito agli eventi	Per ciascun evento verranno realizzati brochure e depliant per la promozione dello stesso da distribuire ai partecipanti	Periodo 3 , 13 - 18

Output

Numero dell'output 2.1	
Titolo output	Linee guida transfrontaliere condivise per la redazione dei Patti di Comunità
Indicatore output programma	4.1.1 : Strategie e piani d'azione sviluppati congiuntamente
Unità di misura	strategia/piano d'azione
Valore obiettivo Output	1,00
Periodo di consegna	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione dell'output	<p>Il percorso che intraprenderanno i partner nel WP2 è finalizzato a definire la forma giuridica più consona a redigere i Patti di Comunità transfrontalieri che favoriscono l'esercizio del principio di sussidiarietà, creano occasioni di costruzione di comunità e rappresentano un fattore di innovazione sociale, culturale e amministrativa.</p> <p>Le linee guida consentiranno ai partner di seguire un percorso comune per la redazione dei Patti, da modellare poi sul contesto territoriale specifico.</p>

Investimenti

Work package 3

Titolo work package

Esperienza pilota del Modello CrossCare 2.0 rafforzato dalla componente comunitaria

Obiettivi

Definite un obiettivo specifico del progetto che sarà raggiunto dal vostro progetto attraverso l'implementazione del pacchetto di lavoro. Il vostro obiettivo deve essere:

- concretamente realizzabile nel corso della durata del progetto;
- specifico;
- verificabile e misurabile.

Migliorare i servizi per un invecchiamento attivo implementando strategie di comunità tramite la sperimentazione del Modello CrossCare 2.0

Inoltre, si prega di definire uno o più obiettivi di comunicazione che contribuiranno al raggiungimento dell'obiettivo specifico del progetto prendendo in considerazione i target group pertinenti. Gli obiettivi di comunicazione mirano a modificare la consapevolezza e il comportamento di un target di riferimento.

Diffusione dei risultati del progetto e del Modello CrossCare 2.0 attraverso conferenze rivolte agli esperti del settore, la partecipazione ad eventi sul tema sia in Italia che in Slovenia, e l'utilizzo di strumenti di comunicazione quali una sezione dedicata al progetto nella pagina web di ciascun partner, il sito del progetto ospitato dal Programma, realizzazione di dépliant informativi, conferenze stampa, promozione attraverso newsletter, social media e sui media locali e nazionali.

Attività

Attività 3.1	
Titolo	Azioni mirate per l'individuazione ed il coinvolgimento del target di riferimento
Periodo di inizio	Periodo 1, 1 - 6
Fine periodo	Periodo 2, 7 - 12
Descrizione	Il target coinvolto nella sperimentazione del Modello CrossCare 2.0 è rappresentato dalla "fascia grigia" di popolazione over 65 non conosciuta dei servizi socio-sanitari e come tale molto fragile e che necessita di attività mirate di assistenza. Per definire le azioni pilota, verrà effettuata una mappatura dei bisogni e dei desideri della popolazione anziana attraverso la somministrazione di 120 questionari. L'analisi dei risultati consentirà ai

Attività 3.1	
	<p>PP di avere un census della popolazione con un' importante funzione statistica di monitoraggio. Il gruppo target della sperimentazione verrà incluso secondo diverse modalità: lavoro di equipe di segnalazione da parte dei Servizi sociali, dei medici di base e delle stesse CdR; coinvolgimento nella sperimentazione anziani soli che necessitano di assistenza a domicilio a differenti livelli di gravità; attraverso i siti web istituzionali delle CdR coinvolte, il coinvolgimento della comunità locale, nonché attraverso le attività di informazione.</p>
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 3.1			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.3.1.1	Report di analisi dei dati rilevati attraverso i questionari	Grazie alla raccolta dei dati attraverso i questionari verrà redatto un report in cui verrà descritto il target di progetto per delineare necessità, bisogni e desideri che guideranno la redazione dei Patti di Comunità e dei piani personalizzati. Il report sarà in lingua bilingue.	Periodo 2, 7 - 12

Attività 3.2	
Titolo	Sperimentazione del Modello CrossCare 2.0
Periodo di inizio	Periodo 2, 7 - 12
Fine periodo	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione	<p>Facendo seguito all'identificazione dei soggetti con cui intraprendere un percorso di sperimentazione, il Care Manager coordinerà una equipe multiprofessionale e accoglierà le richieste di assistenza da parte dei singoli utenti e dei loro familiari per definire un piano di assistenza domiciliare personalizzato e procedere all'attivazione di un sistema di reti sociali territoriali. Il Care Manager seguirà gli approcci e utilizzerà gli strumenti previsti dal modello CrossCare 2.0 e sperimenterà la funzionalità del Patto di Comunità come strumento di facilitazione e potenziamento del</p>

Attività 3.2	
	suo ruolo di coordinatore e attivatore di servizi. La sperimentazione durerà 12 mesi e prevede tre momenti di valutazione: T0: misurazione dello stato di salute e autonomia del soggetto, T1: Valutazione intermedia, T2: Valutazione finale e report. Verranno inoltre organizzati incontri transfrontalieri di sperimentazione congiunta per favorire lo scambio di esperienze tra Care Manager e operatori.
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 3.2			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.3.2.1	Report dei singoli Care Manager sulla sperimentazione del Modello 2.0	Il Care Manager predisporrà un rapporto, che conterrà la descrizione dei servizi offerti, delle azioni pilota innovative realizzate, della valutazione del miglioramento del benessere delle persone prese in carico e dell'efficacia dell'attivazione dei soggetti firmatari del Patto di Comunità.	Periodo 3 , 13 - 18
D.3.2.2	Verbali degli incontri transfrontalieri sullo scambio di best practices della sperimentazione.	In seguito agli incontri transfrontalieri tra Care Manager e operatori dei diversi territori verranno redatti i verbali utili a riportare le conoscenze condivise e le best practices testate e le relative conclusioni evinte.	Periodo 3 , 13 - 18

Attività 3.3	
Titolo	Valutazione del Modello CrossCare 2.0
Periodo di inizio	Periodo 1, 1 - 6
Fine periodo	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione	Ciascun partner, seguendo gli strumenti e le metodologie condivise (Modello Arco Terapeutico), opererà un monitoraggio in itinere e un' autovalutazione durante tutta la durata del progetto. Al termine della realizzazione di questo WP verranno consolidati tutti i dati raccolti e prodotti sulla

Attività 3.3	
	<p>sperimentazione del modello rafforzato per convalidare i risultati. Questo permetterà di avere un quadro complessivo della situazione e di capire quali siano i bisogni e i desideri più diffusi. La valutazione sarà effettuata sulla base dei rapporti di autovalutazione predisposti dai singoli Partner di Progetto e seguendo i metodi quantitativi e qualitativi che sono stati definiti per la raccolta dei dati.</p> <p>Scopo della valutazione è verificare l'apporto del modello di assistenza rafforzato al miglioramento della qualità della vita degli utenti e ad una maggiore autonomia degli anziani coinvolti nella sperimentazione nonché dell'efficacia economica della presa in carico integrata.</p>
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 3.3			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.3.3.1	Rapporto di Valutazione del modello congiunto transfrontaliero 2.0 in inglese, italiano e sloveno	Il rapporto verrà redatto alla fine del progetto utilizzando i rapporti intermedi prodotti durante la sperimentazione . L'obiettivo è valutare l'efficacia del nuovo modello e verificare il miglioramento apportato al livello di benessere e indipendenza degli anziani coinvolti.	Periodo 3 , 13 - 18

Attività 3.4	
Titolo	Eventi di diffusione del Modello Crosscare 2.0
Periodo di inizio	Periodo 2, 7 - 12
Fine periodo	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione	È prevista la partecipazione dei partner a 4 conferenze scientifiche sul tema, con lo scopo di promuovere il progetto in ambiti diversi. Il CM individuerà in collaborazione con i PP le conferenze sul tema allo scopo di promuovere il progetto. Si prevede la partecipazione a 2 eventi in Italia e 2 in Slovenia.

Attività 3.4	
	Verrà inoltre organizzato un evento finale di progetto al fine di condividere i risultati e le best practices acquisite (prima parte - pubblico tecnico) e aumentare la consapevolezza sulla necessità della cooperazione transfrontaliera per armonizzare le politiche sull'invecchiamento (seconda parte - pubblico istituzionale). L'evento finale verrà organizzato a Trieste. Gli eventi verranno adeguatamente pubblicizzati prima e dopo la loro realizzazione attraverso inviti agli stakeholders, promozione sui siti web dei partner del progetto nonché attraverso il sito web ospitato dal Programma e i comunicati stampa nei media.
Partner coinvolti	Itaca, ASP ITIS, Francescon, DEOS d.o.o., DSO GROSUPLJE, DON MOSCHETTA

Risultati tangibili / Deliverables 3.4			
Numero risultato tangibile	Titolo del risultato tangibile	Descrizione del risultato tangibile	Periodo di consegna
D.3.4.1	Report completo di descrizione dell'evento, presentazioni, partecipanti e conclusioni evinte.	Il report dell'evento comprenderà una parte tecnica relativa all'evento di conclusione e condivisione dei risultati della sperimentazione, e una parte istituzionale relativa al pubblico più ampio.	Periodo 3 , 13 - 18

Output

Numero dell'output 3.1	
Titolo output	Organizzazioni che collaborano a livello transfrontaliero nella sperimentazione del Modello CrossCare 2.0
Indicatore output programma	4.1.3: Organizzazioni che collaborano a livello transfrontaliero
Unità di misura	organizzazioni
Valore obiettivo Output	15,00
Periodo di consegna	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione dell'output	Attraverso la cooperazione transfrontaliera degli operatori chiave dei servizi sociosanitari dedicati alla cura dell'anziano pubblici e privati coinvolti verrà

Numero dell'output 3.1	
	<p>definito e sperimentato il modello CrossCare 2.0 rafforzato grazie alla componente comunitaria nella forma del Patto di Comunità. Il Modello 2.0 vedrà la condivisione di linee guida e best practices in grado di garantire la personalizzazione dei servizi in base a valutazioni personalizzate e al coinvolgimento degli attori locali.</p>

Investimenti

C.5 Risultati di progetto

Selezionare e quantificare gli indicatori di risultato del programma a cui il progetto darà il proprio contributo. Per ogni indicatore di risultato selezionato, descrivete brevemente il contributo del progetto e i risultati (cambiamenti) rilevanti che, grazie all'attuazione delle attività e degli output previsti come definiti nel piano di lavoro, vi aspettate di raggiungere. Si prega inoltre di specificare gli output che sono direttamente collegati a questo risultato.

Risultato 1	
Indicatore di risultato del programma	411 RCR79: Strategie e piani d'azione congiunti adottati da organizzazioni
Unità di misura	strategia congiunta/piano d'azione
Valore base	0,00
Valore obiettivo	1,00
Periodo di consegna	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione del risultato	Il percorso che intraprenderanno i PP in Crosscare 2.0 si colloca in continuità con il progetto Crosscare e consente di rafforzare una strategia congiunta già in essere per affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione adottando un approccio transfrontaliero per la presa in carico integrata e personalizzata dell'anziano. I PP svilupperanno un percorso condiviso di formazione e di accompagnamento per il rafforzamento del Modello CrossCare e l'elaborazione delle Linee Guida congiunte per la redazione dei Patti di Comunità. Le Linee Guida redatte verranno poi adottate da ciascuna organizzazione partecipante che le adatterà al contesto territoriale di riferimento. Il riconoscimento e l'adozione del Modello CrossCare e dello strumento del Patto di Comunità sottende la condivisione di una strategia congiunta, volta all'attivazione di un processo che attivi e formalizzi la rete di sostegno per la ricerca di soluzioni partecipate nel garantire l'assistenza alla persona anziana.

Risultato 2	
Indicatore di risultato del programma	413 RCR84: Organizzazioni che cooperano a livello transfrontaliero dopo la conclusione di un progetto
Unità di misura	organizzazioni
Valore base	0,00

Risultato 2	
Valore obiettivo	15,00
Periodo di consegna	Periodo 3, 13 - 18
Descrizione del risultato	<p>I PP, in coerenza con il Protocollo firmato in CrossCare 1, riconoscono che l'individuazione di strategie comuni di presa in carico consente una visione più ampia delle problematiche della cura dell'anziano ed una risposta maggiormente approfondita ai loro bisogni. Nel presente progetto collaboreranno a livello transfrontaliero per la realizzazione di un Modello (CrossCare 2.0) rafforzato che troverà applicazione anche dopo la conclusione del progetto, in quanto i 6 partner di progetto e i 9 partner associati periodicamente continueranno ad incontrarsi per dare continuità a quanto realizzato durante il progetto. Sarà di massima utilità per loro potersi confrontare anche in modo informale sugli sviluppi dell'applicazione del modello e l'efficacia dei Patti di Comunità. I confronti tra i partner giver sono continuati dopo la conclusione del progetto Crosscare 1 e, analogamente, si prevede che siano continuativi anche dopo la conclusione di CrossCare 2.</p>

C.6 Cronoprogramma

	Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3	Dopo la fine
WP1 Rafforzamento e trasferimento del Modell...				
A1.1 Ottimizzazione e redazione delle Li...		D1.1.1 D1.1.2		
A1.2 Ideazione e definizione di percorsi...	D1.2.1	D1.2.2		
A1.3 Erogazione dei percorsi formativi t...			D1.3.1	
A1.4 Attività di promozione dei percorsi...	D1.4.1		D1.4.2	
WP2 Realizzazione dei Patti di Comunità per ...				
A2.1 Identificazione dello strumento giu...		D2.1.1		
A2.2 Attivazione di una Cabina di Regia ...			D2.2.1	
A2.3 Redazione dei Patti di Comunità		D2.3.1		
A2.4 Eventi transfrontalieri di sensibil...			D2.4.1	
4.1.1			O2.1	
WP3 Esperienza pilota del Modello CrossCare ...				
A3.1 Azioni mirate per l'individuazione ...		D3.1.1		
A3.2 Sperimentazione del Modello CrossCa...			D3.2.1 D3.2.2	
A3.3 Valutazione del Modello CrossCare 2...			D3.3.1	
A3.4 Eventi di diffusione del Modello Cr...			D3.4.1	
4.1.3			O3.1	
Indicatore di risultato				
411 RCR79			R1	
413 RCR84			R2	

C.7 Gestione del progetto e comunicazione

Oltre alle attività descritte nel piano di lavoro, è necessario prevedere misure adeguate per la gestione del progetto, il coordinamento e la comunicazione interna.

C.7.1 Come coordinerete e gestirete il progetto?

Descrivere come verrà affrontata la gestione del progetto a livello strategico e operativo, compresa la creazione di strutture di gestione, responsabilità e procedure, nonché la gestione del rischio. Si prega inoltre di spiegare come sarà organizzata la comunicazione interna al partenariato.

Il coordinamento generale e la gestione finanziaria del progetto, per tutta la durata dello stesso, verranno garantite dal Lead Partner Cooperativa Itaca in collaborazione con tutto il partenariato. ITACA, secondo il principio del LP, sarà responsabile del management del progetto e nominerà al suo interno un Project Manager e un Financial Manager che svolgeranno i compiti previsti: gestire e verificare la realizzazione e l'avanzamento delle attività in base al cronoprogramma definito, coordinare il partenariato nell'implementazione delle attività e nella comunicazione interna tra PP con la collaborazione del Communication Manager, gestire gli aspetti amministrativi e finanziari, verificare che i PP adempiano alle regole in merito alla contabilità separata, all'archiviazione, alla disseminazione e alla promozione del progetto. Il LP sarà inoltre responsabile delle comunicazioni con gli Organi preposti del Programma al fine di garantire una tempestiva comunicazione e risoluzione di eventuali problematiche sorte durante l'attuazione del progetto. Ogni partner nominerà al suo interno un referente responsabile, che avrà il compito di coordinare le proprie attività e di interagire con il LP e gli altri partner al fine di un'efficace gestione ed attuazione delle attività progettuali. E' stato designato un WP leader per ogni WP che ne coordinerà l'implementazione da parte dei partner e fungerà da anello di congiunzione tra questi ed il Lead Partner.

Nella fase di avvio verrà costituito il Comitato di Gestione del progetto, diretto dal LP, di cui farà parte un rappresentante di ogni partner. Al primo incontro del Comitato verranno nominati ufficialmente i membri dello stesso, verranno calendarizzati gli incontri e verrà predisposto il Piano di Gestione della Qualità e del Rischio, che fungerà da regolamento interno e definirà i compiti e ruoli e le responsabilità di ognuno e le procedure di progetto, al fine di garantire la massima qualità dei risultati di progetto e procedure condivise.

Il Comitato di gestione si occuperà di assumere le principali decisioni in merito all'implementazione del progetto, di verificare l'avanzamento fisico e finanziario e il conseguimento dei risultati attesi; di coordinare le procedure necessarie nella fase di implementazione e i contatti con gli esperti esterni; di gestire la comunicazione interna tra i partner nonché tra il partenariato ed i collaboratori esterni; di esaminare e validare periodicamente le attività e gli obiettivi raggiunti e di risolvere eventuali sfide e problematiche sorte nella fase di attuazione al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi previsti, nonché di pianificare la strategia per la durabilità e sostenibilità nel tempo degli output e dei risultati dopo la conclusione del progetto.

Gli incontri periodici del Comitato di Gestione avverranno ogni 4 mesi e permetteranno di monitorare in maniera continuativa l'implementazione delle attività dei singoli WP, dando la possibilità di gestire i potenziali rischi che possono influenzare l'avanzamento del progetto ed esiti e risolvere tempestivamente eventuali ritardi e problematiche sorte nell'attuazione del progetto.

La comunicazione interna verrà gestita dal Communication Manager, che ne sarà responsabile in connessione con il Project Manager, ed avverrà tramite gli incontri periodici del Comitato di Coordinamento, all'interno dei quali sarà presente il Communication Manager facendo in modo di garantire il trasferimento del know how all'interno del partenariato; le newsletter periodiche e la creazione una piattaforma intranet per la divulgazione delle informazioni tra i partner.

Si strutturerà un sistema di gestione finanziaria per garantire la correttezza delle procedure adottate, il superamento dei controlli e la corretta attivazione dei flussi finanziari. Tutti i partner predisporranno i rendiconti finanziari nei termini stabiliti dal partenariato, il monitoraggio delle spese e la predisposizione delle piste di controllo. Il LP si occuperà di predisporre la documentazione necessaria per le rendicontazioni finanziarie e le relazioni del LP di avanzamento. Vista la chiara e reale definizione delle attività e del relativo cronoprogramma, si prevede di conseguire tutti gli obiettivi previsti.

C.7.2 Quali misure adotterete per garantire la qualità del vostro progetto?

Descrivete l'approccio e i processi previsti per la gestione della qualità, ossia come verrà monitorata e garantita la qualità dei risultati tangibili e degli output, e indicate i partner responsabili. Descrivere, inoltre, lo scopo e l'ambito del progetto, se è previsto un qualsiasi tipo di valutazione del progetto

La gestione della qualità del progetto sarà effettuata dal Project Manager, in stretta sinergia con il Financial Manager e con il Communication Manager, designati presso il Lead Partner, nonché con i referenti dei WP leader designati per i singoli WP. Il Project Manager avrà il compito di coordinare i partner nella realizzazione delle attività previste e di verificare l'implementazione delle attività in modo idoneo in base al cronoprogramma definito e monitorare il conseguimento dei risultati attesi e degli output previsti. Inoltre, congiuntamente al Financial Manager, verificherà costantemente lo stato di avanzamento della spesa progettuale, nonché coordinerà la comunicazione interna del partenariato. Egli sarà responsabile della direzione del Comitato di Gestione costituito nell'ambito del progetto e avrà il compito di effettuare le comunicazioni ufficiali richieste dagli Organi preposti del Programma.

I WP-leader designati saranno responsabili per la realizzazione dei deliverables e degli outputs previsti nell'ambito dei WP "tecnici", al fine di conseguire gli obiettivi ed i risultati previsti dal progetto garantendo qualità, efficacia ed efficienza.

Per quanto riguarda il conseguimento degli obiettivi di comunicazione previsti, il Communication Manager opererà in sinergia con il project manager e sarà responsabile della pianificazione e della realizzazione del Piano di comunicazione, nel quale verranno identificati gli obiettivi di comunicazione collegati agli obiettivi specifici del progetto al fine di trasferire il know how acquisito durante l'implementazione dello stesso.

Anche per la realizzazione dei deliverables e outputs di comunicazione verrà utilizzato il medesimo approccio, definendo i referenti per la comunicazione presso i singoli PP che collaboreranno tra di loro e lavoreranno in stretta sinergia con il Communication Manager, il quale avrà anche il compito di verificare che tutte le attività di comunicazione saranno in linea con le linee guida del Programma.

I deliverables saranno presentati, condivisi e discussi durante le riunioni periodiche del Comitato di Gestione, che ne verificherà l'idoneità e provvederà alla loro validazione, garantendo così che i deliverables e gli outputs realizzati siano approvati congiuntamente da tutti i partner del progetto. Inoltre, il Comitato di Gestione redigerà il Piano di Gestione della Qualità e del Rischio e il Piano di Valutazione.

Il Piano di Gestione della Qualità e del Rischio si focalizzerà sulla gestione del monitoraggio delle prestazioni del progetto (indicatori per misurare l'avanzamento del progetto, continuo monitoraggio e reporting), sulla comunicazione interna tra partner ed esterna, sui documenti di reportistica e i deliverables, sull'identificazione e gestione dei potenziali rischi che possono influenzare l'avanzamento del progetto e ostacolare il raggiungimento dei risultati previsti e sulla rispettiva attivazione delle relative misure correttive, sull'identificazione di procedure comuni per garantire il rispetto dei principi di sostenibilità, pari opportunità e non discriminazione nella selezione del personale di progetto e dei destinatari.

Il Piano di Valutazione verrà elaborato nella fase iniziale del progetto, al fine di poter valutare il management progettuale, l'andamento delle attività previste e il conseguimento degli indicatori e di garantire una metodologia unica di verifica dell'efficacia di attuazione del progetto.

Il Sistema di valutazione prevederà due modalità:

- Valutazione in itinere: tutti i partner forniranno al Comitato di Gestione le informazioni relative all'avanzamento delle attività implementate, che si baseranno su una metodologia congiunta di monitoraggio di efficacia ed efficienza dell'attuazione. Nello specifico si valuterà, in base alla spesa sostenuta nell'ambito del progetto, il rispetto del cronoprogramma previsto nell'implementazione delle attività e il conseguimento degli obiettivi previsti. In caso di necessità, verranno predisposti interventi correttivi adeguati al fine di risolvere tempestivamente eventuali problematiche sorte durante l'attuazione del progetto. Il monitoraggio in itinere prevede relazioni semestrali, revisioni trimestrali dell'implementazione, relazioni tecniche periodiche e missioni di supervisione per

assicurare il successo del progetto.

- Valutazione finale: consisterà nella misurazione dell'impatto del progetto in termini di raggiungimento dei risultati attesi e di sostenibilità dell'esperienza, tenendo conto dei principi di rilevanza, efficienza, efficacia, impatto, e sostenibilità. La valutazione finale permetterà di evidenziare i punti di forza e di debolezza, le lezioni apprese e le best practices da trasferire durante e dopo la conclusione del progetto.

C.7.3 Quale sarà l'approccio generale di comunicazione del progetto che intendete adottare?

Descrivete in che modo gli obiettivi di comunicazione del vostro progetto, come delineati nel piano di lavoro, contribuiranno al raggiungimento dei risultati principali del progetto. Perché la comunicazione è importante? Quali tattiche, canali e strumenti comuni aiuteranno il partenariato a raggiungere e coinvolgere il pubblico target? Come farà il coordinatore della comunicazione del progetto a garantire il coinvolgimento e il contributo alla comunicazione di tutti i partner del progetto?

Il partenariato vuole perseguire i risultati previsti del progetto non solo attraverso le specifiche attività "tecniche" di implementazione di strategie integrate per affrontare il fenomeno dell'invecchiamento, ma anche mediante una ben definita ed idonea strategia di comunicazione e diffusione del progetto agli attori interessati. A tal fine il progetto si pone i seguenti importanti obiettivi di comunicazione:

1) Aumentare la consapevolezza sulla necessità della cooperazione istituzionale transfrontaliera per sviluppare strategie integrate e condivise alla sfida comune dell'invecchiamento;

2) Aumentare la sensibilizzazione dei soggetti formali e informali del settore socio-sanitario su un approccio di presa in carico integrata e di assistenza personalizzata dell'anziano e della sua famiglia.

Gli obiettivi consentiranno la capitalizzazione del Modello CrossCare poiché supporteranno la partecipazione attiva degli attori istituzionali, delle organizzazioni formali ed informali e della comunità stessa al fine di redigere il Patto di Comunità territoriale e conseguire l'adozione di una strategia congiunta volta a formalizzare la rete dei servizi a tutela della persona anziana a livello transfrontaliero. Inoltre, attraverso il confronto dei partner sugli sviluppi dell'applicazione del modello e l'efficacia dei Patti di Comunità, nonché la divulgazione degli approcci, degli outputs e dei risultati del progetto a diversi stakeholders pubblici e privati dell'area di Programma e di altre aree regionali e nazionali anche dopo la conclusione del progetto, verrà raggiunto il risultato previsto di almeno 6 organizzazioni che coopereranno dopo la conclusione del progetto.

La comunicazione è importante per enfatizzare i risultati ottenuti; per coinvolgere maggiormente gli stakeholders responsabili a livello locale, regionale e nazionale del settore socio-sanitario; per far comprendere l'importanza di una strategia integrata per la cura dell'anziano e di un migliore coordinamento dei servizi già presenti sul territorio, nonché l'adozione di un approccio sistemico e innovativo di welfare generativo. Un'idonea strategia di comunicazione specifica garantirà la durabilità e la trasferibilità degli output del progetto e dei risultati conseguiti affinché si possa dare giusto seguito al Modello e alle strategie congiunte adottate.

Le azioni previste per raggiungere gli obiettivi sopra descritti e coinvolgere i rappresentanti delle autorità pubbliche locali, gli operatori socio-sanitari pubblici e privati formali ed informali e gli anziani (che rappresentano i principali target groups del progetto) sono:

WP1: Attività di promozione dei corsi di formazione per aumentare il coinvolgimento dei lavoratori e degli esperti che avranno la possibilità di rafforzare le proprie competenze professionali.

Organizzazione di incontri informativi rivolti alle persone over 65 e alle rispettive famiglie e attività di comunicazione orizzontale per aumentare la conoscenza della rete dei servizi, delle tecniche e delle metodologie proprie del Modello per un'assistenza di qualità

WP2: Organizzazione di almeno 12 eventi territoriali aperti a tutta la cittadinanza organizzati per aumentare la partecipazione al percorso proposto dal progetto per la redazione dei Patti di Comunità e la consapevolezza degli stakeholder locali sull'importanza della condivisione di esperienze e della partecipazione di tutti gli attori attivi nel territorio.

WP3: organizzazione di conferenze rivolte agli esperti del settore, partecipazione ad eventi sul tema sia in Italia che in Slovenia.

Verranno inoltre promosse attività di comunicazione orizzontale, quali: aggiornamento continuo del sito web di progetto sulla pagina del Programma, promozione sui social, sui media locali (radio, giornali locali) e attraverso materiale cartaceo (depliant) adatto a raggiungere il pubblico over 65, newsletter.

Per garantire che tutti i partner collaborino attivamente nelle attività di comunicazione verrà nominato presso il LP il Communication Manager (CM), che opererà in sinergia con il project management e si occuperà, in stretta collaborazione con i PP, della pianificazione e predisposizione del Piano di Comunicazione contenente gli obiettivi di comunicazione collegati ai risultati previsti del Progetto. Sarà, inoltre, responsabile della realizzazione delle attività in esso previste.

Nel Piano verranno chiaramente definite le attività di ciascun partner in base alle specifiche competenze tecniche e tutti si occuperanno di implementare le attività previste, individuando le diverse opportunità locali, regionali, nazionali ed internazionali per la promozione del progetto. Il CM sarà in costante contatto con i referenti per la comunicazione incaricati presso i PP. Sarà inoltre effettuata la verifica periodica dell'efficacia delle attività di comunicazione e si predisporranno eventuali miglioramenti in itinere.

C.7.4 Come sono previste le procedure di rendicontazione delle attività e del budget (all'interno del partenariato)?

Descrivere i processi di rendicontazione a livello di partner nei confronti del lead partner.

Il Financial Manager istituito presso il Lead Partner si occuperà della gestione degli aspetti amministrativi e finanziari del progetto in stretta collaborazione con il Project Manager. Si strutturerà un sistema di gestione finanziaria per garantire la correttezza delle procedure adottate, il superamento dei controlli, la corretta attivazione dei flussi finanziari e la periodica rendicontazione delle spese. Il LP si avvarrà della collaborazione di esperti esterni per le attività di supporto alla rendicontazione e monitoraggio finanziario del progetto per garantire un'ottimale espletamento di queste attività e la supervisione sullo stato di avanzamento di tutti i partner. I periodi di rendicontazione verranno stabiliti dal partenariato.

Tutti i partner nomineranno al proprio interno un Project manager ed un Financial Manager che saranno responsabili per l'attuazione delle attività e della spendibilità del proprio budget. Questi si interfaceranno costantemente con il Project Manager ed il Financial Manager del Lead Partner per condividere lo stato di realizzazione delle loro attività e l'avanzamento della spesa al fine di garantire il rispetto del cronoprogramma del progetto ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Per monitorare efficacemente l'avanzamento del progetto, i partner invieranno periodicamente al Lead Partner i file di monitoraggio delle attività e delle spese effettuate nonché le piste di controllo aggiornate per il periodo che sarà concordato e definito dal Comitato di Gestione. Durante gli incontri periodici del Comitato di Gestione il Project Manager ed il Financial Manager del Lead Partner presenteranno lo stato di avanzamento complessivo del progetto al fine di monitorare in maniera continuativa l'implementazione dei singoli WP e risolvere tempestivamente eventuali ritardi e problematiche sorte nell'attuazione dello stesso.

Alla conclusione del singolo periodo di rendicontazione i partner invieranno al Lead Partner un report riassuntivo delle attività svolte e della spesa conseguita. Il report verrà verificato da parte del singolo partner insieme al LP in merito alle metodologie utilizzate per la realizzazione delle attività, al rispetto delle tempistiche delle stesse e all'avanzamento della spesa, nonché verranno discussi gli eventuali ritardi e difficoltà riscontrati dal partner durante l'attuazione del progetto e gli interventi adottati per la loro risoluzione. In seguito alla validazione del report da parte del Lead Partner, i partner predisporranno i rendiconti finanziari e li invieranno agli organi preposti per il controllo attraverso la piattaforma JEMS entro i termini stabiliti dalle regole del Programma.

Il Lead Partner si occuperà di predisporre la documentazione necessaria per le rendicontazioni finanziarie delle attività da esso svolte, nonché predisporrà sulla base dei report dei singoli partner, la relazione dello stato di avanzamento del progetto e la richiesta del relativo contributo.

C.7.5 Criteri di cooperazione

Selezionare i criteri di cooperazione che si applicano al progetto e fornite una breve descrizione. I criteri di sviluppo congiunto, attuazione congiunta e finanziamento congiunto sono obbligatori.

Criteri di cooperazione	Descrizione
-------------------------	-------------

Criteri di cooperazione	Descrizione
Sviluppo congiunto	<p>Si La proposta progettuale è stata ideata congiuntamente da tutti i partner del progetto che hanno fortemente voluto continuare la proficua collaborazione attuata nell'ambito del progetto CrossCare 1. Essi hanno innanzitutto definito insieme quali sono le attività ed i risultati che vogliono capitalizzare nel presente progetto, come poter rafforzare ed implementare il "Modello transfrontaliero per la presa in carica della persona anziana" realizzato anche alla luce dei recenti avvenimenti socio-economici globali degli ultimi due anni. I partner hanno stabilito congiuntamente le modalità di implementazione ed il piano finanziario. Sotto il coordinamento del LP, i partner hanno contribuito a fornire le informazioni e predisposto i contenuti di loro competenza e collaborato nella revisione finale della proposta progettuale. Nella predisposizione del progetto è stata coinvolta anche la rete dei partner associati, che hanno fornito un contributo fondamentale in merito alla realizzazione di attività legate alle politiche in ambito sociosanitario. L'elaborazione della proposta progettuale e la definizione dettagliata dei contenuti sono state realizzate attraverso riunioni tecniche operative, MS Teams conference e contatti diretti telefonici, nonché tramite e-mail tra il LP ed i PP. Le attività proposte dal progetto riflettono le competenze e le abilità di tutti i partner del progetto.</p>
Attuazione congiunta	<p>Si Per l'attuazione ed implementazione delle attività del progetto è prevista la ripartizione dei compiti in base alle competenze, esperienze e conoscenze dei singoli partner. È prevista la costituzione del Comitato di Gestione che sarà formato da almeno un rappresentante per ogni partner e si riunirà ogni 6 mesi, finalizzato al coordinamento e alla proficua gestione del partenariato, nonché alla pianificazione e programmazione tempistica dettagliata delle attività. Esso dovrà inoltre monitorare l'avanzamento fisico, temporale e finanziario del progetto, esaminare e validare periodicamente le attività e gli obiettivi raggiunti. In fase di attuazione saranno coinvolti anche i partner associati che hanno una competenza istituzionale specifica nella gestione delle politiche pubbliche rilevanti per il tema del progetto e potranno indirizzare i portatori di interesse rilevanti per la sostenibilità dei risultati.</p>
Personale congiunto	<p>Si I partner adotteranno la strategia di gestione che si è rivelata di gran successo nell'attuazione del precedente progetto CrossCare. Nello specifico tutti i compiti verranno dettagliatamente e chiaramente definiti tra i partner del progetto per evitare la duplicazione dei ruoli e garantire l'attuazione efficace ed efficiente delle attività del progetto. Come nel precedente progetto, il Lead Partner costituirà al suo interno un gruppo di lavoro per la gestione ed il management del progetto, formato da un Project manager, Financial manager e Communication manager che avranno dei ruoli e compiti ben definiti e opereranno per conto di tutto il partenariato. Inoltre ogni partner individuerà all'interno del proprio staff il personale incaricato responsabile per l'attuazione delle attività di pertinenza, che sarà in costante contatto con il Lead Partner e verrà impiegato in proporzione alla propria partecipazione alle attività progettuali. Verrà così creata una rete di personale congiunto che monitorerà le attività a vari livelli, impedendo reciprocamente qualsiasi deviazione del progetto.</p>

Criteri di cooperazione	Descrizione
Finanziamento congiunto	<p>Si</p> <p>Il Lead Partner ha elaborato insieme ai partner del progetto il piano finanziario unico e congiunto, ed ogni partner è dotato di proprio budget in base alle attività previste. Il finanziamento è suddiviso in modo equilibrato tra PP italiani e sloveni, in base alle attività da svolgere ed in base al budget a loro attribuito all'interno del progetto.</p> <p>Ogni partner gestirà il proprio budget, con il supporto del Financial manager operante presso il Lead Partner, che monitorerà l'avanzamento della spesa dei singoli partner e sarà a disposizione degli stessi in caso insorgano difficoltà o sfide che possano portare ad una dilazione della tempistica della spendibilità durante l'attuazione del progetto. Il piano finanziario è stato condiviso ed approvato da tutti i partner del progetto affinché sia idoneamente bilanciato e sostenibile.</p>

C.7.6 Principi orizzontali

Indicare quale tipo di contributo ai principi orizzontali si applica al progetto e fornire una breve descrizione. Per la parte relativa alla tutela dell'ambiente si prega di includere anche una spiegazione di come è stato integrato l'approccio relativo alla "sostenibilità ambientale attraverso la progettazione" e di fornire una breve valutazione dei possibili effetti ambientali sul progetto.

Principi orizzontali	Tipo contributo	Descrizione del contributo
----------------------	-----------------	----------------------------

Principi orizzontali	Tipo contributo	Descrizione del contributo
Sviluppo sostenibile e tutela dell'ambiente	effetto positivo	<p>Il progetto contribuisce allo sviluppo sostenibile e si inserisce nel pilastro della crescita inclusiva della strategia europea, in quanto prevede l'instaurazione di sinergie per il rafforzamento della capacità istituzionale transfrontaliera delle autorità pubbliche e degli operatori chiave del settore socio-sanitario, al fine di implementare un approccio innovativo per l'assistenza alla popolazione anziana.</p> <p>Attraverso l'approccio innovativo di sviluppo di un sistema di welfare generativo e il coinvolgimento della comunità e delle reti territoriali che già svolgevano un importante ruolo nel modello proposto da Crosscare 1 per garantire la permanenza della persona anziana il più a lungo possibile presso la sua abitazione ed evitare una precoce istituzionalizzazione attraverso la co-progettazione e co-operazione pubblico – privata di enti istituzionali nonché operatori ed altri soggetti privati nell'ambito sociale si persegue lo sviluppo sostenibile della prevenzione, cura e assistenza a lungo termine dell'anziano.</p> <p>Per quanto riguarda la protezione dell'ambiente si precisa che nella fase di predisposizione progettuale i partner hanno preferito adottare strumenti di comunicazione su piattaforme online per l'organizzazione dei meeting preparatori del progetto (zoom, teams, ecc.) e di scambio di e-mail per la definizione specifica delle attività e dei ruoli dei singoli partner. Questo principio sarà adottato anche nell'attuazione del progetto, in quanto si prevede di utilizzare appalti verdi, e procedure di smaterializzazione della documentazione e dei deliverables inerenti la comunicazione, la promozione e diffusione dei risultati del progetto ai portatori di interesse, alla comunità e al vasto pubblico. Sviluppando un sistema di prevenzione nell'assistenza a lungo termine ed un migliore coordinamento dei servizi esistenti della rete territoriale il progetto comporterà una riduzione di sprechi di energia e conseguentemente contribuirà alla protezione ambientale.</p>
Pari opportunità e non discriminazione	effetto positivo	<p>Il progetto ha un effetto positivo sul principio delle pari opportunità e la prevenzione delle discriminazioni, in quanto le attività sono specificatamente dedicate a garantire pari opportunità agli anziani a rischio di esclusione sociale, ma soprattutto di favorire un accesso equo e di qualità nell'ambito dei servizi socio-sanitari. Il progressivo invecchiamento della popolazione impone nuove sfide alla creazione di un sistema previdenziale che risponda alle crescenti esigenze della cura degli anziani attraverso la modalità innovativa di presa in carico dell'anziano "per progetti personalizzati", dove l'anziano non è più il beneficiario passivo di prestazioni precostituite, ma il centro di una rete di attività organizzate ad hoc in base ai suoi bisogni, diritti e desideri, tema. La non discriminazione in base alla razza, il genere, la nazionalità, la religione, la disabilità verrà garantita non solo nella cura delle persone anziane, ma anche per la selezione di figure professionali in base a procedure non discriminatorie in tal senso. Inoltre tutti gli eventi saranno organizzati in luoghi che garantiscano idonea ed equa accessibilità a tutti i partecipanti.</p>

Principi orizzontali	Tipo contributo	Descrizione del contributo
Uguaglianza di genere	effetto positivo	<p>Il progetto promuove la parità tra uomini e donne in tutte le attività. Tutti i partner del progetto operano applicando i principi di uguaglianza. Il principio di parità tra uomini e donne verrà garantito nelle procedure decisionali nell'ambito della gestione del progetto, nella parità di genere tra i membri del Comitato di Gestione, nonché della Cabina di Regia costituita nell'ambito della definizione e realizzazione dei Patti di Comunità. Le attività progettuali saranno rivolte a donne, uomini e persone che rifiutano la classificazione binaria di genere senza alcun tipo di distinzione, discriminazione o diversità di trattamento, offrendo così pari opportunità di crescita personale e professionale a tutti i soggetti coinvolti. Il principio di parità sarà garantito anche per l'occupazione di figure professionali previste nell'ambito del settore socio-sanitario</p>

C.8 Effetti a lungo termine e durabilità

I progetti dovrebbero avere un effetto duraturo sul territorio e sui target group interessati. Si prega di descrivere di seguito come ciò sarà garantito.

C.8.1 Proprietà/durabilità

Descrivere chi garantirà il sostegno finanziario e istituzionale, compreso il mantenimento degli output e, se applicabile, dei principali risultati tangibili sviluppati dal progetto.

La sostenibilità e la durabilità del modello che verrà rafforzato durante il progetto risiede nel sistema di gestione proposto (1), nel partenariato del progetto stesso (2) e nella sua coerenza con le strategie locali e nazionali in materia di assistenza alla persona anziana (3).

1. L'attivazione di una Cabina di Regia di cui faranno parte rappresentanti del pubblico e del privato consente all'iniziativa di non esaurirsi nell'implementazione del progetto stesso, ma di realizzare un cambiamento sistemico duraturo volto alla promozione di un approccio integrato tra sociale e sanitario e all'attivazione delle realtà presenti nel territorio in un'ottica di welfare generativo. Grazie ai processi di co-progettazione si potrà giungere alla formulazione del Patto di Comunità che formalizzerà queste collaborazioni intersettoriali e consentirà di acquisire come prassi le sinergie attivate durante la progettualità.

2. La durabilità dei risultati raggiunti sarà inoltre facilitata dalla presenza dei partner istituzionali in qualità di partner associati di progetto che potranno acquisire il modello stesso e trasferirlo nel piano sociale e nelle modalità operative finanziate garantendone la sostenibilità nel tempo dopo la conclusione del progetto.

3. Le attività proposte si inseriscono in sinergia con la programmazione nazionale e locale (italiana e slovena) in materia di tutela e presa in carico della persona anziana, presupposto fondamentale per il mantenimento degli output raggiunti e per assicurare il sostegno istituzionale al progetto. L'obiettivo di progetto è in linea con la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" in Italia n. 328/2000 e del Piano nazionale degli interventi dei servizi sociali 2021-2023 che conseguono gli obiettivi di sviluppare un sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso una valutazione multidimensionale dei bisogni dell'anziano; di modernizzare i sistemi di protezione sociale attraverso la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale, nonché di rafforzare le capacità istituzionali a livello locale, regionale e nazionale, del coinvolgimento della società civile nella governance pubblica, come presupposto per un futuro sostenibile, resiliente e prospero. Il progetto inoltre contribuisce agli obiettivi e politiche della Legge sull'assistenza a lungo termine e della Legge sulla protezione sociale della Repubblica di Slovenia; del PNNR in Italia; della L.R. 38/2017 e DGR 1315/2019 sull'invecchiamento attivo della Regione Veneto; della L.R. 22/2019 della Regione Friuli Venezia Giulia, nonché dei Programmi di sviluppo regionale delle regioni Obalno-kraška e Osrednjeslovenska che supportano riforme e investimenti nei sistemi sanitari per garantire un accesso equo e una migliore qualità dei servizi di assistenza a lungo termine, nonché strategie di sostegno e l'implementazione di modelli di prevenzione in ambito sociosanitario. L'iniziativa si inserisce quindi nell'obiettivo condiviso dei distretti sanitari e delle istituzioni locali che perseguono una risposta assistenziale unitaria e continuativa e la prospettiva di far divenire il domicilio il primo vero "luogo di cura" in coerenza anche con quanto previsto in Italia dal processo riorganizzativo vincolato dal PNNR.

L'acquisizione dei risultati ottenuti da parte dei partner istituzionali sarà promossa da tre componenti del progetto: la formazione congiunta, la partecipazione attiva delle autorità locali e le attività di disseminazione. Durante le attività di formazione sarà promossa e garantita la partecipazione di operatori e professionisti pubblici che avranno l'opportunità di conoscere il modello CrossCare e le relative metodologie e approcci. Inoltre il personale istituzionale sarà attivamente coinvolto nel percorso di redazione dei Patti di Comunità in cui l'amministrazione comunale e i distretti sanitari saranno attori chiave per la buona riuscita di tutto il percorso. Infine, i rappresentanti delle istituzioni regionali e locali verranno invitati a partecipare a tutti gli eventi di comunicazione e disseminazione previsti dal progetto così che siano sempre informati e coinvolti nella sua realizzazione.

C.8.2 Effetti duraturi

Per avere un effetto duraturo sul territorio e sulla popolazione, gli output e i risultati tangibili dovrebbero essere resi disponibili e utilizzati dai gruppi target rilevanti (partner del progetto o altri stakeholder) dopo la durata del progetto. Si prega di descrivere come gli output e i risultati tangibili rimarranno disponibili e saranno ripresi o ampliati dai partner del progetto.

L'effetto duraturo e la sostenibilità del progetto si basano su diverse componenti intrinseche a CrossCare 2.0.

Innanzitutto deriveranno da un processo di autonomizzazione delle reti di relazioni attivate e sostenute non solo durante questo progetto, ma anche durante CrossCare 1. Tutte le attività proposte sono volte ad aumentare la responsabilizzazione degli attori locali sia formali che informali nel contribuire ad una presa in carico condivisa della persona anziana. Si mirerà quindi a rafforzare l'autonomia e il protagonismo di ogni relazione garantendo basi fertili per ulteriori sviluppi anche al di fuori del contesto progettuale. Le collaborazioni che verranno attivate durante il progetto saranno rafforzate e formalizzate grazie alla redazione dei Patti di Comunità, strumenti la cui effettività ed efficacia si spingono al di là della durata del progetto. Nell'attivazione dei Patti di Comunità si cercherà il coinvolgimento di tutte quelle realtà del territorio che lavorano nel settore della cura dell'anziano e che dimostrano un reale interesse a portare avanti le collaborazioni attivate anche dopo il termine dell'iniziativa. Inoltre le Linee Guida redatte durante il WP2 rimarranno a disposizione dei partner di progetto che potranno perfezionarle con il tempo e la sperimentazione e condividerle con altri soggetti attivi nel settore per migliorare e replicare quanto ottenuto durante il progetto CrossCare 2.0.

I programmi di formazione congiunti predisposti durante l'attuazione del progetto e il Manuale del Modello CrossCare redatto durante il WP1 rimarranno a disposizione dei partner di progetto e verranno implementati anche dopo la conclusione dello stesso nell'ambito della formazione per gli operatori sociosanitari e le famiglie comunque prevista da parte dei partner addetti ai servizi di assistenza all'anziano. Inoltre, per quanto riguarda la formazione specifica della nuova figura professionale integrata di Care Manager, si prevede che coloro che verranno formati nell'ambito dell'attuazione progettuale potranno in futuro formare altri Care Manager e in tal modo garantire la durata e la replicabilità degli output nel tempo. Gli incontri tra i partner operativi proseguiranno anche dopo la conclusione del progetto al fine di continuare con il processo di armonizzazione e cooperazione istituzionale a livello transfrontaliero e di garantire la continuità dei risultati del progetto.

Il coinvolgimento effettivo di tutti i partner di progetto e della comunità è fondamentale per assicurare la continuità e sostenibilità dell'iniziativa. Per questo i meeting periodici locali e transfrontalieri previsti dal progetto aiuteranno a garantire non solo un approccio multidimensionale ma anche la condivisione di obiettivi e il rafforzamento di relazioni di collaborazione che perdureranno oltre il progetto.

La fruibilità e l'utilizzo degli output e dei risultati ottenuti durante il progetto saranno facilitate da un'adeguata documentazione degli interventi, dei processi organizzativi e degli esiti (Manuale del Modello CrossCare, Linee Guida per la redazione del Patto di Comunità, Report di valutazione della sperimentazione). Saranno inoltre redatti i Report di Progetto, strumenti di programmazione correlati ai Gantt e documenti di valutazione del monitoraggio e degli impatti per permettere lo studio documentale delle attività e dei percorsi realizzati. Saranno anche resi disponibili gli strumenti di rendicontazione economica che permetteranno analisi economiche di fattibilità delle attività.

Infine la valutazione del Modello rafforzato ottenuta grazie alla sperimentazione prevista nella WP3 consente ai partner di avere indicazioni precise su come migliorare e perfezionare il modello dopo la conclusione del progetto. Sempre durante la valutazione della sperimentazione si puntualizzerà come il modello potrà sostenersi economicamente in ciascun contesto territoriale dopo la chiusura del progetto finanziato dall'Unione Europea.

C.8.3 Trasferibilità

Descrivere come gli output e i risultati tangibili che fornirete potrebbero essere adattati o ulteriormente sviluppati per l'utilizzo da parte di altri target group o per la diffusione in altri territori al di fuori del partenariato. In che modo le attività di comunicazione garantiranno la conoscenza degli output e dei risultati tangibili disponibili all'uso da parte dei gruppi interessati?

Il progetto prevede una serie di attività al suo interno volte ad elevare la sperimentazione a prassi territoriale, rendendola sostenibile e implementabile al di là dei confini spazio-temporali del progetto.

La replicabilità del Modello CrossCare rafforzato risiede nelle seguenti caratteristiche:

- 1) La tensione a creare e mantenere strutture relazionali dense e stabili, che emergono come elemento importante per riuscire a trovare soluzioni a bisogni emergenti;
- 2) La chiara esplicitazione della mission, al fine di garantirne l'empowerment e favorire un radicamento collettivo del progetto (obiettivi e bisogni sociali chiari ed espliciti);
- 3) Il modello organizzativo-gestionale proposto che supera le tradizionali logiche assistenziali e prestazionali, a favore di un orientamento che apre alle "cure di comunità", secondo un approccio di tipo relazionale, che pone al centro la persona, i suoi famigliari e la comunità, multisettoriale e integrato e a sostegno di un sistema di governance territoriale dei processi assistenziali.
- 4) L'architettura organizzativa replicabile con l'istituzione della Cabina di Regia e del Comitato di Gestione e coordinamento che contribuiscono a ridurre il rischio di sporadicità/episodicità dell'iniziativa stessa.

La volontà condivisa da tutto il partenariato di progetto è infatti di sperimentare un modello che porti all'identificazione di modalità operative, modelli e strumenti che potranno essere trasferiti sia in altri territori che ad altri target group.

La trasferibilità sarà facilitata da un'adeguata documentazione degli interventi, dei processi organizzativi e degli esiti (Manuale del Modello CrossCare, Linee Guida per la redazione del Patto di Comunità, Report di valutazione della sperimentazione). Saranno inoltre redatti i Report di Progetto, strumenti di programmazione correlati ai Gantt e documenti di valutazione del monitoraggio e degli impatti per permettere lo studio documentale delle attività e dei percorsi realizzati. Saranno inoltre resi disponibili gli strumenti di rendicontazione economica che permetteranno analisi economiche di fattibilità delle attività.

Si svilupperanno sistemi comunicativi che rendano diffondibile e usabile la documentazione: i blog locali e gli altri strumenti di comunicazione saranno mirati a rendere open data i percorsi e gli esiti del progetto per promuoverne la continuità in contesti diversi. Gli eventi di diffusione e comunicazione sia a livello locale che a livello regionale e transfrontaliero sono finalizzati ad aumentare la conoscenza degli output e dei risultati di progetto da parte di altri soggetti al di fuori del partenariato. La partecipazione dei PP a conferenze settoriali sul tema avrà proprio lo scopo di promuovere il progetto in ambiti diversi e aumentare l'interesse da parte di stakeholders del settore a replicare l'iniziativa in altre realtà territoriali.

Lo strumento del Patto di Comunità potrà essere replicato sia in altri contesti territoriali (altri comuni) sia per realizzare collaborazioni territoriali per rispondere a tematiche diverse da quella affrontata dal progetto come, a titolo esemplificativo, la disabilità o l'educazione di comunità.

Un punto fondamentale dell'iniziativa è quindi rappresentato dal monitoraggio dei processi e la definizione di strumenti condivisi che, grazie alla presenza dei partner associati potranno essere formalizzati a livello non solo di comune, ma anche distrettuale e regionale. I Distretti sanitari potranno fungere da ponte tra le diverse realtà territoriali e sostenere la replica del modello e dell'introduzione della figura del Care Manager e la realizzazione del Patto di Comunità, capitalizzando le conoscenze acquisite durante la fase di sperimentazione, anche in altre realtà comunali. Il progetto proposto si realizza nel contesto transfrontaliero, un ambito territoriale articolato e con diverse realtà, che proprio per questo motivo può assumere le caratteristiche di un "prototipo" esportabile in altri contesti geografici contraddistinti da simili condizioni territoriali.

Il rafforzamento e la capitalizzazione della figura del Care manager rappresenta la base per un'ulteriore diffusione del modello proposto dal progetto. Si prevede infatti che il Care Manager formato nell'ambito dell'attuazione progettuale potrà in futuro formare altri Care Manager e in tal modo garantire la trasferibilità e la replicabilità degli output nel tempo.

La struttura modulare sia del Manuale del Modello CrossCare che del Programma di Formazione permettono inoltre che il trasferimento del Modello non sia un percorso rigido, ma si possa adattare alle esigenze di nuovi attori e a contesti diversi da quelli considerati nel progetto stesso.