

COMUNE DI MOLFETTA
CITTA' METROPOLITANA DI BARI
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA COMUNALE

N. 19

del 16/01/2018

O G G E T T O: Approvazione accordo di collaborazione tra il Comune di Molfetta e Federsanità ANCI per la realizzazione di un programma di interventi comuni volti a promuovere l'innovazione e l'invecchiamento sano e attivo della popolazione molfettese.

L'anno duemiladiciotto, il giorno sedici del mese di gennaio nella Casa Comunale, legalmente convocata, si è riunita, sotto la Presidenza del Sindaco Tommaso Minervini e con l'assistenza del Segretario Generale Irene Di Mauro, la Giunta comunale nelle persone dei Signori:

MINERVINI Tommaso	SINDACO	PRESENTE
ALLEGRETTA Serafina	VICE SINDACO	PRESENTE
AZZOLLINI Gabriella	ASSESSORE	PRESENTE
BALDUCCI Ottavio	ASSESSORE	PRESENTE
CAPUTO Mariano	ASSESSORE	PRESENTE
GERMANO Carmela	ASSESSORE	PRESENTE
MANCINI Pasquale Maria	ASSESSORE	PRESENTE
MASTROPASQUA Pietro	ASSESSORE	PRESENTE

Il Presidente, riconosciuta legale l'adunanza, dichiara aperta la seduta e invita la Giunta Comunale a trattare l'argomento segnato in oggetto.

LA GIUNTA COMUNALE

ESAMINATA l'allegata proposta di deliberazione;

VISTO il parere favorevole espresso ai sensi dell'art. 49 comma 1° e dell'art. 147 bis del D.Lvo 267/2000 allegato alla presente deliberazione:

- dal Dirigente del Settore Welfare Cittadino, in ordine alla regolarità tecnica;
- dal Segretario Generale, Dirigente a.i. del Settore Programmazione Economico Finanziaria e Fiscale, in ordine alla regolarità contabile;

Con voti unanimi e favorevoli espressi in forma palese;

DELIBERA

1) Di approvare la proposta di deliberazione in oggetto facendola propria ad ogni effetto. Successivamente, con separata votazione unanime

LA GIUNTA COMUNALE

Dichiara la presente deliberazione immediatamente eseguibile ai sensi dell'art.134 comma 4° del D.Lgs. n. 267/2000.

IL SINDACO - PRESIDENTE
Tommaso MINERVINI

IL SEGRETARIO GENERALE
Irene DI MAURO

A cura dell'Assessore alla Socialità, dott. Ottavio BALDUCCI, sulla base dell'istruttoria condotta dal Settore Welfare Ufficio Socialità è stata redatta la seguente

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE

avente ad oggetto: APPROVAZIONE ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA IL COMUNE DI MOLFETTA E FEDERSANITA' ANCI PER LA REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA DI INTERVENTI COMUNI VOLTI A PROMUOVERE L'INNOVAZIONE E L'INVECCHIAMENTO SANO E ATTIVO DELLA POPOLAZIONE MOLFETTESE.

che viene sottoposta all'esame della Giunta Comunale

Premesso che:

con deliberazione GC n 52 del 3.10.2017 è stato approvato atto di indirizzo per l'esame di un accordo di collaborazione tra il Comune di Molfetta ed Anci Federsanità per la realizzazione di un programma di interventi comuni volti a promuovere azioni innovative per l'invecchiamento sano ed attivo della popolazione molfettese,

Esaminato il testo dell'accordo proposto con incaricato di Federsanità ANCI nel corso delle riunioni del 10 e 24 novembre con incarica;

Visto il testo trasmesso a seguito delle richieste della Amministrazione ed alla luce dei dati elaborati nella relazione sociale anno 2016 e ritenuto lo stesso meritevole di accoglimento;

Stante la competenza della Giunta Comunale ad adottare il presente atto, ai sensi dell'art.48 del D.Lgs. n. 267/2000;

Visto lo Statuto Comunale;

Visto l'art 15 della Legge 241/90 e s.m.i secondo cui le PP.AA possono concludere accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;

SI PROPONE DI DELIBERARE

Per le motivazioni espresse in narrativa, che qui s'intendono richiamate.

1) **APPROVARE** lo schema allegato di accordo di collaborazione tra Federsanità ANCI (CF 97413840584) rappresentata dal Segretario Generale con sede legale in ROMA Via dei Prefetti, 46 ed il Comune di Molfetta per sviluppare progetti per promuovere la diffusione di innovazioni destinate a favorire un invecchiamento sano e attivo e a gestire la cronicità anche attraverso lo sfruttamento delle potenzialità delle tecnologie digitali che prevede una spesa a carico del bilancio comunale pari ad € 38.650,00 (trentottomillaseicentocinquanta/00) (più eventuale IVA ove dovuta) per l'attuazione dello stesso.

2) **DARE ATTO** che la spesa sarà prevista nel bilancio 2018/2020 annualità 2018;

3) **AUTORIZZARE** alla sottoscrizione dell'accordo di collaborazione il Dirigente del Settore Welfare;

Si propone, altresì, di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile ai sensi dell'art.134 - comma 4 - del T.U.EE.LL. n. 267/2000

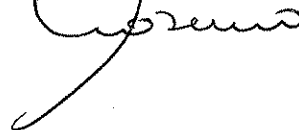


Il Dirigente del Settore Welfare Cittadino vista ed esaminata la proposta di deliberazione esprime parere tecnico favorevole reso ai sensi dell'art.49 e dell'art. 147 bis del D.Lgs. 267/2000

Data 11 GEN. 2018

Il Dirigente Settore Welfare Cittadino

avv. Roberta LORUSSO



Il Dirigente del Settore programmazione economica - finanziaria e fiscalità, vista ed esaminata la proposta di deliberazione sopra riportata, esprime parere favorevole, ai sensi dell'art.49 e dell'art. 147-bis del D.Lgs. n.267/2000;

di regolarità contabile

di non rilevanza contabile in quanto non ha riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico-finanziaria o sul patrimonio

Data 15 GEN. 2018

Il Dirigente del Settore Programmazione Economica -Finanziaria e Fiscalità ff

dott. Irene Di Mauro





***Accordo di collaborazione tra
Comune di Molfetta e Federsanità ANCI***

*nell'ambito delle politiche d'innovazione a favore
del sistema sociale, in particolare
dell'invecchiamento sano e attivo*



ACCORDO DI COLLABORAZIONE

TRA

Federsanità ANCI (di seguito anche brevemente Federsanità), con sede legale in Via dei Prefetti, 46 – 00187 Roma (C.F. 97413840584), rappresentata dal Segretario Generale Dott. Lucio Alessio D'Ubaldo

E

Comune di Molfetta, con sede in XXX Molfetta, (C.F. ...), rappresentata dal XXX

PER

Avviare una collaborazione strutturata per la realizzazione di un programma di interventi comuni volti a promuovere l'innovazione nell'ambito del sistema sociale e l'invecchiamento sano e attivo per il Comune di Molfetta, attraverso l'uso di tecnologie "open data".

ALLEGATI TECNICI

L'Allegato Tecnico 1 e l'Allegato Tecnico 2 al presente Accordo costituiscono parte integrante e sostanziale dell'Accordo stesso.

PREMESSO CHE

- ai sensi dell'articolo 15, della legge del 9 agosto 1990 n. 241, le pubbliche Amministrazioni possono concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;
- l'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, demanda all'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (di seguito anche brevemente ANCI) la rappresentanza generale degli interessi dei Comuni per le materie per le quali si richieda l'intervento della Conferenza Unificata di cui al medesimo decreto legislativo;
- l'articolo 42 dello Statuto dell'ANCI affida a Federsanità le iniziative inerenti i temi della sanità e dell'integrazione socio-sanitaria;
- la Federsanità ANCI è una struttura operativa dell'ANCI che si configura come una Federazione di Aziende Sanitarie Locali, di Aziende Ospedaliere e di Comuni, rappresentati dalle Conferenze dei Sindaci, composta ad oggi da oltre 100 Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere pubbliche e le relative Conferenze dei Sindaci;
- la Regione Puglia ha ottenuto il riconoscimento europeo di "Reference Site" per le politiche di innovazione e invecchiamento sano e attivo nell'ambito dell'*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* (di seguito anche brevemente EIPonAHA).

VISTO CHE

- il Piano eGovernment 2012 (di seguito anche brevemente Piano eGov 2012) del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione ha previsto, tra gli obiettivi prioritari di legislatura, un programma di interventi per l'innovazione digitale nella salute, finalizzato a semplificare e digitalizzare i servizi elementari (prescrizioni e certificati di malattia digitali, sistemi di prenotazione *online*) e a creare le infrastrutture per un'erogazione di servizi sanitari sempre più vicini alle esigenze dei cittadini (Fascicolo Sanitario Elettronico e innovazione delle strutture delle Aziende Sanitarie), migliorando il rapporto costo-qualità dei servizi e limitando sprechi e inefficienze;
- con il Protocollo d'Intesa del 19 maggio 2011, il Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, l'ANCI e Federsanità ANCI hanno concordato di sviluppare, nel contesto del Piano eGov 2012, azioni comuni per favorire l'efficace applicazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nel settore della salute, al fine di sviluppare un'offerta di servizi sempre più vicina alle esigenze dei cittadini, nonché aiutare i soggetti più deboli a condurre in modo autenticamente pieno la propria vita sociale;
- il programma per l'innovazione digitale della sanità del citato Piano eGov 2012 ha compreso il progetto "Innovazione delle Aziende Sanitarie" con il fine specifico di incrementare efficacia ed efficienza delle Aziende Sanitarie, aumentando il tasso di innovazione digitale nei processi di organizzazione interna e di erogazione dei servizi ai cittadini;
- la Federsanità ANCI ha stipulato accordi con il Ministro dell'innovazione per supportare, nell'ambito delle proprie funzioni, l'avviamento di tutte le attività necessarie per assicurare, d'intesa con le Amministrazioni interessate al Welfare, lo sviluppo e la diffusione delle competenze necessarie per un adeguato uso delle nuove tecnologie nella pubblica amministrazione centrale e locale e, in particolare, nel settore della salute ed il Piano di eGovernment attraverso il progetto citato di "Innovazione delle Aziende Sanitarie";
- la Federsanità ANCI è tra i fondatori di *HappyAgeing*, l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo, nata nel 2014 per promuovere nel Paese politiche e iniziative volte a tutelare la salute dell'anziano e a sviluppare le indicazioni della Commissione europea sul fronte dell'invecchiamento attivo;
- la Federsanità ANCI ha partecipato, in collaborazione con l'ASUR Marche, l'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo e l'ASL di Bari, al progetto CCM "*Sviluppo di un modello gestionale che riguardi l'integrazione tra azienda ospedaliera e territorio per la gestione della persona con cronicità in particolare da insufficienza di organo*" che ha prodotto una sperimentazione nel distretto di Molfetta (BA) che ha visto protagonisti un set di pazienti dimessi dal vicino ospedale per scompenso cardiaco (DRG 127);
- la Federsanità ANCI, per il tramite della sua società di scopo Federsanità Servizi, partecipa come "*supporting partner*" e coordinatore dei "*procurer*" italiani al progetto europeo STOPandGO, uno dei primi progetti a testare lo strumento del PPI (Public Procurement for

Innovative solutions) per l'acquisto di servizi innovativi potenziati dalle tecnologie digitali per l'invecchiamento sano e attivo;

- la Federsanità ANCI, per il tramite della sua società di scopo Federsanità Servizi, partecipa come *"supporting partner"* al progetto europeo RITMOCORE, volto all'acquisizione di servizi evoluti per la gestione di pazienti anziani con aritmia cardiaca che necessitano o già dispongono di pacemaker finanziato nell'ambito della call Horizon 2020 H2020-SC1-2016-CNECT *"PPI for deployment and scaling up of ICT solutions for active and healthy ageing"*;
- a Federsanità ANCI è stato attribuito il ruolo di coordinatore nell'ambito dell'Action Group B3 dell'EIPonAHA ed ha presentato nel 2016 due SPRINT, progetti promossi dai membri dell'Action Group al fine di concorrere alla realizzazione dei suoi obiettivi;
- la Federsanità ANCI, insieme all'ANCI e all'Istituto Superiore della Sanità, per tramite del presidente del Consiglio nazionale dell'ANCI, in qualità di presidente della delegazione italiana del Comitato delle Regioni, ha proposto il documento *"La salute nelle città: bene comune"* al Parlamento Europeo; il manifesto delinea i punti chiave e le azioni da mettere in campo nelle Città per migliorare gli stili di vita e lo stato di salute dei cittadini, con l'obiettivo di realizzare *"Health cities"*, ovvero città consapevoli dell'importanza della salute come bene collettivo e che, quindi, mettono in atto politiche mirate e chiare, per tutelarla e migliorarla;
- la Federsanità ANCI è in grado di gestire tutte le attività di sua competenza oggetto del presente Accordo, eventualmente anche attraverso la propria struttura tecnica *in house* (Federsanità Servizi).

RITENUTO CHE

- a) i suddetti Accordi sottoscritti e le attività svolte da Federsanità ANCI in coerenza con gli obiettivi dell'EIPonAHA sono elementi di interesse ed approfondimento da parte del Comune di Molfetta ai fini dell'introduzione di innovazione nel sistema sociale e della realizzazione degli obiettivi di azione individuati nell'ambito del Reference Site;
- b) la Federsanità ANCI è da sempre impegnata in progetti che contribuiscono fattivamente al processo di aziendalizzazione, di integrazione dei servizi e di promozione della salute, e, in particolare, nelle seguenti attività:
- nella costruzione e attivazione di rapporti con gli organi dello Stato e delle Regioni, con le Istituzioni, con le forze politiche e le parti sociali per concorrere allo sviluppo della qualità ed efficacia del servizio sanitario e socio-assistenziale nazionale e locale;
 - nell'assicurare la rappresentanza delle Aziende associate nei rapporti con lo Stato e le Regioni al fine di concorrere alle decisioni pubbliche in materia sanitaria e sociale;
 - nell'individuare linee di indirizzo e di coordinamento delle attività degli Enti associati;
 - nel promuovere iniziative di studio e di proposta e nell'attivare organismi di assistenza tecnico-giuridica agli associati;
 - nel far crescere i propri associati attraverso attività di sostegno, assistenza tecnica ed erogazione di servizi nell'interesse e nei confronti dei Comuni italiani singoli o associati, delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere associate, tese in particolare all'ottimizzazione della spesa.
- c) la nuova Amministrazione Comunale della Città di Molfetta si è posta degli obiettivi di equità, qualità ed innovazione nell'erogazione dei servizi sociali per i cittadini del proprio territorio;
- d) la Città di Molfetta si sta attrezzando per la dichiarazione della trasparenza di tutti i dati posseduti ed utilizzati dal Comune e dalle sue aziende, previa garanzia e rispetto assoluto delle normative sulla privacy, in una formale dichiarazione di "open data" ;
- e) la Città di Molfetta e la Federsanità ANCI intendono collaborare su questi aspetti, ai sensi dell'articolo 15, della legge del 9 agosto 1990 n. 241, che prevede che le pubbliche Amministrazioni possono concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune.

CONSIDERATO CHE

Il presente Accordo prevede alcuni obiettivi comuni, tra i quali possono essere ricordati quelli che seguono:

- a) offrire attraverso il metodo della concertazione il supporto culturale alle Aziende Sanitarie e agli Enti Locali per la razionalizzazione di interventi volti a promuovere approcci innovativi alla gestione dell'invecchiamento e della cronicità;
- b) sviluppare, d'intesa con il Comune di Molfetta, progetti per promuovere la diffusione di innovazioni destinate a favorire un invecchiamento sano e attivo e a gestire la cronicità anche attraverso lo sfruttamento delle potenzialità delle tecnologie digitali;
- c) favorire lo scambio di *best practices* tra Enti Locali delle diverse Regioni, d'intesa con le stesse ed i Ministeri competenti;
- d) le iniziative di innovazione sociale possono essere finanziate tramite la partecipazione a bandi regionali / nazionali di ricerca e/o sperimentazione nell'ambito dei nuovi modelli sociali oppure di innovazione urbana;
- e) le iniziative di innovazione sociale possono autosostenersi in quanto si realizza un ecosistema che può attirare investimenti dei privati, ricadute legate allo sviluppo di innovazione tecnologica e sociale, e competenze legate al tema dell'IoT sul territorio;
- f) le iniziative di innovazione sociale possono contribuire a risparmi nel bilancio sociale, in quanto possono essere attratti partner industriali che hanno la volontà di sostenere modelli sostenibili di *governance* sociale / sanitaria e di ottenere compensi misurati in base alle migliorie apportate in tale gestione.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1. - Premessa

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto.

ART. 2. – Oggetto dell'Accordo

Con il presente Accordo, il Comune di Molfetta e Federsanità ANCI intendono avviare una collaborazione strutturata per la **redazione dello Studio di Fattibilità per la "Progettazione di Borghi della Salute per la Città di Molfetta"** (di seguito anche brevemente Studio), con gli obiettivi indicati nell'Allegato Tecnico al presente Accordo che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Il target di primo riferimento di popolazione fragile sarà quello coinvolto nelle patologie neurodegenerative e cerebrovascolari, in particolare l'Alzheimer, in quanto l'incidenza, anche nel comune di Molfetta è destinata purtroppo a crescere, visto l'invecchiamento della popolazione. La qualità della vita del malato e/o di chi è in una fase di pre-fragilità, dipende anche in gran parte da quella di coloro che si prendono cura di lui e di come i familiari, che lo assistono, elaborano psicologicamente l'esperienza della malattia: di conseguenza, un territorio socialmente responsabile può essere un forte coadiuvante, sia per chi ne è colpito direttamente, che per chi se ne prende cura, i *caregiver*, che nella stragrande maggioranza dei casi sono le famiglie.

La comunità, quindi, deve sforzarsi di offrire la possibilità di usufruire di una rete di solidarietà nonché informazioni dedicate ad informare pazienti e famiglie sulle cause, sulla prevenzione, sull'assistenza e sulle terapie della malattia di Alzheimer e delle malattie neurodegenerative.

ART. 3. – Risultati previsti dal presente Accordo (cosiddetta Fase 1)

Con il presente Accordo, il Comune di Molfetta e Federsanità ANCI produrranno i seguenti risultati:

1. Documento **Studio di Fattibilità per la "Progettazione di Borghi della Salute per la Città di Molfetta"** che prevede, in particolare:
 - a) l'indicazione di azioni strategiche per l'adozione di modelli innovativi nel sistema sociale, in particolare per la gestione della cronicità e per favorire l'invecchiamento sano e attivo;
 - b) la progettazione di interventi volti alla creazione e rafforzamento di borghi della salute nell'accezione di uno sviluppo di una sensibilità condivisa di salute come bene collettivo e di politiche che concorrono a tutelarla e migliorarla;
 - c) l'indicazione di azioni per armonizzazione e valorizzazione degli interventi di ricognizione delle iniziative direttamente o indirettamente riconducibili al tema sociale

- sfruttando il paradigma delle Smart Cities, al fine di verificarne: la coerenza con gli obiettivi del Reference Site e dell'EIPonAHA; le possibilità di scaling up e/o di creazione di sinergie reciproche tra le iniziative; l'identificazione degli ambiti di intervento non ancora indirizzati;
- d) la definizione di metodologie a supporto dell'attività di monitoraggio delle iniziative sul tema dell'invecchiamento sano e attivo realizzate in ambito locale;
 - e) la selezione di bandi e finanziamenti a livello regionale, nazionale ed europeo e per la sostenibilità della realizzazione delle iniziative;
 - f) la definizione di eventuali processi di procurement di soluzioni innovative (PCP e PPI), oppure di finanza di progetto, a supporto della realizzazione delle iniziative e dei modelli innovativi individuati.
2. Convegno **"Realizzazione di Borghi della Salute per la Città di Molfetta"** con indicazione della modalità di sostenibilità delle fasi successive, gli stakeholder ed i partner pubblici e privati individuati, in accordo con l'Amministrazione per la prosecuzione dell'iniziativa nei due anni successivi;
3. Convegno **"Borghi della Salute per la Città di Molfetta"** pubblico di presentazione dell'iniziativa alla cittadinanza ed avvio della realizzazione.

ART. 4 – Durata e risultati previsti nella fase successiva (cosiddetta Fase 2)

Il presente Accordo Quadro ha la durata di **09 mesi** a decorrere dalla data di sottoscrizione e comunque salvo diversa determinazione delle Parti.

L'Accordo ha una durata superiore al Piano Operativo (cfr. art. 5) in quanto la Federsanità ANCI garantirà gli incontri con gli stakeholder individuati nello Studio per la successiva Fase 2.

La successiva Fase 2 prevede la realizzazione dell'iniziativa "Borghi della Salute per la Città di Molfetta", sulla base dello Studio di Fattibilità redatto nella Fase 1, è secondo quanto descritto nel capitolo 2 dell'Allegato Tecnico 1 del presente Accordo, obiettivo che consentirà alla Città di Molfetta di perseguire i seguenti punti chiave del "MANIFESTO LA SALUTE NELLE CITTÀ: BENE COMUNE"¹ (Allegato Tecnico 2 del presente Accordo):

- a) Rendere la salute dei cittadini il fulcro di tutte le politiche urbane. Ogni cittadino ha diritto ad una vita sana ed integrata nel proprio contesto urbano.
- b) Incoraggiare stili di vita sani nei luoghi di lavoro, nelle grandi comunità e nelle famiglie
- c) Ampliare e migliorare l'accesso alle pratiche sportive e motorie per tutti i cittadini, favorendo lo sviluppo psicofisico dei giovani e l'invecchiamento attivo
- d) Creare iniziative locali per promuovere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione primaria, con particolare riferimento alle malattie croniche, trasmissibili e non trasmissibili

¹ <http://www.healthcitythinktank.org/Manifesto-la-salute-nelle-citta-bene-comune.pdf>

- e) Considerare la salute delle fasce più deboli e a rischio quale priorità per l'inclusione sociale nel contesto urbano
- f) Studiare e monitorare a livello urbano i determinanti della salute dei cittadini, attraverso una forte alleanza tra Comuni, Università, Aziende sanitarie, Centri di ricerca, industria e professionisti

Federsanità ANCI garantirà l'avvio della Fase 2. I termini e le modalità di un eventuale coinvolgimento di Federsanità ANCI nella Fase 2 saranno oggetto di un ulteriore Accordo.

ART. 5 – Attuazione dell'Accordo e cronoprogramma

Per l'attuazione del presente Accordo, le parti hanno concordato un Piano Operativo della durata di **06 mesi**.

Il piano operativo, comprensivo della relativa tempistica (definito T_0 il tempo d'avvio dell'Accordo), delle fasi realizzative e delle modalità di monitoraggio dei risultati, è il seguente:

Tabella 1 – Piano operativo

Fase	Attività	Data inizio	Data fine	Risultati
Kick-off di progetto	AT01 – Condivisione degli obiettivi	T ₀	T ₀	Riunione di presentazione del progetto
Fase 1 - Redazione dello studio di fattibilità / progettazione	AT11 - Analisi del bilancio sociale	T ₀	T ₀ + 2 mesi	
	AT12 - Progettazione del modello dei dati aperti ("open data")	T ₀	T ₀ + 3 mesi	
Milestone	AT02 – Condivisione della prima versione dello Studio	T ₀ + 3 mesi	T ₀ + 3 mesi	1° Checkpoint: versione 1.0 dello Studio
Fase 1 - Redazione dello studio di fattibilità / progettazione	AT13 – Strutturazione dei percorsi di ingaggio e degli indicatori	T ₀ + 3 mesi	T ₀ + 4 mesi	
Milestone	AT03 – Approvazione dello Studio	T ₀ + 4 mesi		2° Checkpoint: versione finale dello Studio
Milestone	Meeting formale per l'esplicitazione della modalità di sostenibilità, gli stakeholder ed i partner individuati per la realizzazione	T ₀ + 5 mesi		Meeting con progettazione della iniziativa ed attori della realizzazione
Milestone	Convegno pubblico di presentazione dell'iniziativa alla cittadinanza ed avvio della realizzazione	T ₀ + 6 mesi		Convegno pubblico promozionale di avvio dell'iniziativa

Per quanto riguarda i checkpoint, i rilasci degli output intermedi di attività e di quelli finali (deliverable) saranno soggetti ai seguenti momenti formali:

- **Approvazione:** è il processo formale di verifica e di validazione dello stato di avanzamento dei lavori e dei prodotti delle attività;
- **Consegna:** è il processo formale di rilascio da parte di Federsanità ANCI dei prodotti realizzati;
- **Accettazione:** rappresenta l'esito positivo delle attività d'accettazione del prodotto.

ART. 6 - Funzioni svolte dal Comune di Molfetta

Le funzioni svolte dal Comune di Molfetta nell'ambito della collaborazione riguarderanno in particolare le seguenti attività:

- a) Promuovere le attività svolte presso le strutture chiave del sistema sociale di propria competenza;
- b) Favorire la collaborazione e l'interazione con gli altri attori / stakeholder a vario titolo coinvolti;
- c) Promuovere e favorire il coinvolgimento dei professionisti nelle attività progettuali;
- d) Fornire le attrezzature tecnologiche ed il supporto logistico necessari al progetto;
- e) Monitorare e verificare l'attuazione dei progetti attivati.

ART. 7 - Funzioni svolte da Federsanità ANCI

Le funzioni svolte da Federsanità ANCI nell'ambito della collaborazione, anche attraverso la propria struttura tecnica in house (Federsanità Servizi), riguarderanno in particolare le seguenti attività:

- a) Allestimento di un **gruppo di lavoro** per lo svolgimento delle attività, fornendo le risorse umane interne specifiche per la gestione delle attività previste nel piano operativo precedente;
- b) Coordinamento e gestione delle attività di redazione dello Studio (produzione dei deliverable previsti);
- c) Individuazione della modalità di sostenibilità per la realizzazione della Fase 2 partendo dalla possibilità di concessione di servizio, bandi comunitari ed investimento di privati
- d) Organizzazione e coordinamento degli incontri tecnici durante le singole attività operative.

ART. 8 - Responsabili di progetto designati dalle parti

Il responsabile del progetto per conto del Comune di Molfetta è il dirigente del Settore Welfare o suo delegato con il compito di:

- a) assicurare il collegamento operativo con Federsanità ANCI;
- b) sovrintendere al monitoraggio dell'esecuzione del piano operativo precedente;
- c) approvare le relazioni tecniche del piano operativo e dei documenti di cui al successivo art. 8;
- d) facilitare l'accesso di Federsanità ANCI presso le strutture del Comune di Molfetta.

Il responsabile del progetto per conto di Federsanità ANCI è il referente dell'Area innovazione e Sviluppo con il compito di:

- a) assicurare il collegamento operativo con il Comune di Molfetta;
- b) sottoporre alla preventiva approvazione del referente del Comune di Molfetta le relazioni tecniche del piano operativo precedente e dei documenti di cui al successivo art. 10.

Il Comune di Molfetta e la Federsanità ANCI manterranno la responsabilità esclusiva in merito alla corretta attuazione delle attività di propria competenza, fermo restando che le stesse sono concepite in un contesto di collaborazione fra pubbliche Amministrazioni per il perseguimento di un interesse pubblico comune.

ART. 9 - Oneri

Il Comune di Molfetta si impegna a corrispondere a Federsanità ANCI per contribuire **pro-quota** al gruppo di lavoro, di cui al precedente art. 5, l'ammontare di euro **38.650 (trentottomillaseicentocinquanta/00)** (più eventuale IVA ove necessaria) per l'attuazione del presente Accordo.

Tale contributo, soggetto a rendicontazione secondo le modalità indicate al successivo art. 8, sarà utilizzato integralmente per spese concernenti strettamente ed esclusivamente la realizzazione delle attività oggetto del presente Accordo e non rappresenta il corrispettivo di una operazione di scambio beni-servizi.

ART. 10 - Modalità di erogazione

Il Comune di Molfetta si impegna a rimborsare l'importo di cui all'articolo 9 in forma di acconto, pagamenti intermedi, e saldo.

A titolo di acconto sarà disposto un primo pagamento pari al 30% dell'importo complessivo del contributo, previa presentazione di fattura da parte di Federsanità - ANCI.

I pagamenti intermedi, pari al 30% saranno disposti al termine del secondo e del terzo checkpoint, previa presentazione della seguente documentazione:

- a) Fattura relativa al pagamento intermedio;
- b) Relazione tecnica sulle attività svolte, che dia conto dello stato di avanzamento generale del progetto, comprensiva del rendiconto delle modalità di utilizzazione del contributo erogato.

Il pagamento a saldo del residuo 10% al termine della durata del progetto previa presentazione della seguente documentazione:

- a) Formale comunicazione della data di conclusione delle attività;
- b) Fattura relativa all'erogazione dell'importo a saldo;
- c) Relazione tecnica conclusiva sulle attività svolte comprensiva del rendiconto delle modalità di utilizzazione del contributo erogato.

La richiesta di saldo dovrà essere presentata completa della documentazione appena citata entro 60 gg dalla data di conclusione delle attività.

Le erogazioni degli importi avverranno con accredito sul c/c intestato a Federsanità ANCI ed intrattenuto presso Banca Prossima – Agenzia Roma IBAN IT 17 W 03359 01600 100000072060 entro 30 gg dalla data di ricezione delle fatture.

ART. 11 - Disciplina delle controversie

Ogni eventuale controversia relativa all'interpretazione o all'esecuzione del presente Accordo, che non si sia potuta definire in via stragiudiziale, sarà deferita alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo ai sensi dell'art. 133, comma 1, lett. A) punto 2 del D.Lgs. 104/2010.

ART. 12 - Rinvio

Per tutto quanto non espressamente stabilito si rinvia a quanto previsto nella L. 241/1990 ed ai principi del codice civile in materia di obbligazioni e contratti in quanto compatibili.

Per *Comune di Molfetta*

Per *Federsanità ANCI*

ALLEGATO TECNICO 1

"La buona salute è alla base dello sviluppo sociale ed economico e rafforza le politiche in tutti i settori dell'azione pubblica"²

Progettazione di Borghi della Salute per la Città di Molfetta

Sommario

1. Territorio socialmente responsabile	17
1.1 Una nuova visione per il welfare	17
1.2 Le leve: tecnologie smart per una rete sociale di solidarietà "allargata"	18
1.2.1 Gestire il bisogno significa "sostenibilità" e risparmio	18
1.2.2 Una community di sostegno	19
1.2.3 Una città sicura	20
1.2.4 Utilizzo delle tecnologie	21
2. Obiettivo che si intende perseguire: Borghi della Salute per la Città di Molfetta	22
2.1 Relazione Sociale d'Ambito	23
2.1.1 Priorità	23
2.1.2 I servizi e le strutture per l'integrazione socio-sanitaria e la presa in carico integrata delle non autosufficienze	24
2.2 Borghi della salute	26
2.2.1 Un insieme di sotto-iniziative fondate sulla comunità	26
2.2.2 Strumenti di monitoraggio, centrale operativa e protocolli	27
2.2.3 Nuovi luoghi per la rigenerazione urbana e sociale	28
2.2.4 Applicazione delle tecnologie	29
2.3 Risultati dell'iniziativa	30
2.3.1 Oggetti misurabili	30
2.3.2 Risultati	31
3. Progettazione e realizzazione	33
3.1 Fase 1 - Redazione dello studio di fattibilità / progettazione	33
3.1.1 AT11 - Analisi del bilancio sociale	33
3.1.2 AT12 - Progettazione del modello dei dati aperti	33
3.1.3 AT13 - Strutturazione dei percorsi di ingaggio e degli indicatori	34
3.2 Fase 2 - Realizzazione	34

² Organizzazione Mondiale della Salute (OMS)



4. Sostenibilità dell'iniziativa.....	36
4.1. Bilancio sociale e concessione di servizio.....	36
4.2. Finanziamenti regionali, nazionali e comunitari.....	36
4.3. Realizzazione mediante contratti di PPP.....	37

1. Territorio socialmente responsabile

1.1 Una nuova visione per il welfare

Com'è noto, i trasferimenti verso i Comuni volti a finanziare la spesa sociale hanno subito drastiche riduzioni a partire dal 2009, principalmente con i tagli al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, ma anche agli altri fondi destinati ad apportare risorse a questo settore (fra cui il Fondo per la Non Autosufficienza). I tagli introdotti, unitamente alle riduzioni dei trasferimenti erariali nei confronti dei Comuni e ai vincoli stabiliti dal Patto di Stabilità Interno, hanno rappresentato fattori di freno all'espansione dell'offerta o, in alcuni casi, al mantenimento dei livelli di spesa preesistenti³.

Come conseguenza, purtroppo, quasi tutti i Comuni hanno contratto il peso della funzione sociale, facendolo risultare un settore particolarmente esposto in epoca di risanamento dei conti pubblici, un enorme paradosso sia per l'implicita natura "etica" dello stesso rispetto agli altri settori, sia rispetto a tutti gli indicatori socio - demografici che da tempo confermano l'invecchiamento della popolazione, la crescita della "cronicità" e dei più generali disagi / bisogni socio - assistenziali. Sono molti, quindi, gli studi sulle modalità di produzione dei servizi sociali e gli approcci alla spesa per la funzione sociale, per cercar di trovare soluzioni in quest'ambito di forti tensioni per la finanza locale: si passa da realtà che hanno rivisto i processi dei servizi sociali per una maggiore integrazione con quelli socio - sanitari, ad approcci organizzativi nuovi per avvalersi di maggior personale dipendente, a forme innovative di *procurement* (tipo Partnership Pubblico - Privato - PPP) per servizi esternalizzati, fino a casi estremi di "trasferimenti" ovvero esternalizzazione ad enti terzi che si occupano direttamente della gestione e dell'affidamento dei servizi. È comunque consapevolezza diffusa oramai che il ripensamento deve essere più profondo.

Il concetto di "*città sane*"⁴, com'è noto, non descrive una città che ha raggiunto un particolare livello di salute pubblica, piuttosto una che è conscia dell'importanza della salute come bene collettivo e che, quindi, mette in atto politiche chiare per tutelarla e migliorarla. È confortante sottolineare che sono numerose oramai le esperienze in tal senso⁵, tutte accomunate da un concetto più generale di "**territorio socialmente responsabile**"⁶.

Un territorio socialmente responsabile, in linea anche con l'*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* (EIP-AHA), parte, in genere, sui centri di dimensione minore e si fonda principalmente sul ripristino di reti sociali di solidarietà, però cercando anche di valorizzare, ed è questa la sfida pregnante, gli elevati livelli di tipo ambientale, naturalistico e storico - architettonico (comuni a tali centri minori) e la qualità della vita e delle relazioni sociali, per metterli a disposizione di tutti e per integrarli con le attività sociali, di assistenza e cura (nonché di *wellness*). Un territorio socialmente responsabile cerca, quindi, di integrare in questa "nuova dimensione" tutti gli interventi sociali, compresi quelli di inclusione, di accompagnamento, i percorsi di autonomia, la prevenzione del disagio, ed il più generale supporto alla fragilità.

³ "*Spesa sociale e sue componenti*" Servizio Studi della Camera dei Deputati, 11 giugno 2015

⁴ definizione dell'OMS

⁵ Convegno nazionale "*Interventi innovativi per la valorizzazione del patrimonio storico: Small historical towns for healthy ageing (I borghi della salute)*"

⁶ concetto, se vogliamo, abbastanza scontato e normale per i nostri bisnonni

1.2 Le leve: tecnologie per una rete sociale di solidarietà "allargata"

1.2.1 Gestire il bisogno significa "sostenibilità" e risparmio

Nell'ambito dell'assistenza sociale e socio-sanitaria, un approccio metodologico per l'impostazione di un processo strutturato di analisi dei bisogni assistenziali parte dalla consapevolezza che **bisogno, domanda ed offerta di servizi possono intrecciarsi fra loro creando situazioni variegatae che non sempre prevedono una corrispondenza tra quanto sentito come necessario dagli utenti, quanto richiesto e quanto offerto dal servizio pubblico assistenziale.**

La figura seguente mostra, infatti, le possibili tipologie di relazioni che si possono instaurare:

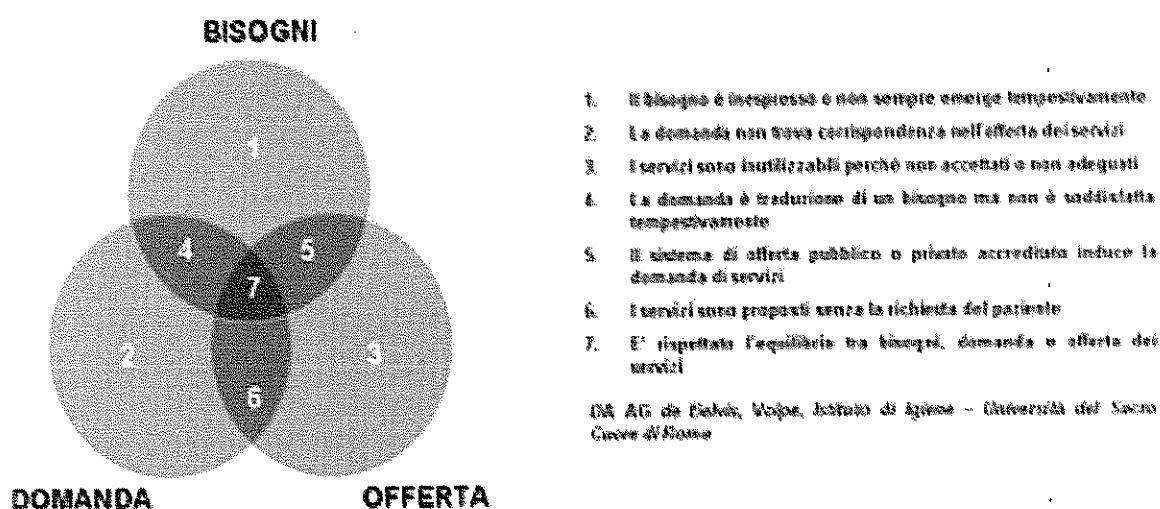


Figura 1 - Tipologie di relazioni che si possono instaurare

Dal grafico appare evidente che molteplici sono le situazioni di corrispondenza non "appropriata" tra domanda ed offerta. L'evoluzione del sistema integrato di assistenza socio-sanitaria deve mirare ad ampliare le aree di corrispondenza (area 7), gestire le aree di non perfetta corrispondenza (aree 4, 5 e 6) e ridurre al minimo le aree in cui bisogni, domanda ed offerta non riescono in alcun modo ad incontrarsi (aree 1, 2 e 3). **Solo in questo modo si ottiene sostenibilità e risparmio.**

Un modello organizzativo innovativo di presa in carico dei bisogni deve, pertanto, puntare ad intercettarli e classificarli adeguatamente, valutando le risposte eventualmente già fornite dal sistema assistenziale o individuando le modalità per soddisfarle, nel caso in cui una risposta non sia ancora implementata.

Comunque, l'analisi dei bisogni affronta fenomeni che difficilmente possono essere inquadrati sotto un profilo quantitativo: *i problemi socio-sanitari che generano un bisogno sono ascrivibili sia a condizioni oggettive sia a valutazioni soggettive delle parti interessate.*

Con particolare riferimento ai disagi sociali, lo stato di bisogno può essere ricondotto ad una discrepanza che il cittadino vede tra la sua situazione e la situazione che si attenderebbe di vivere o che corrisponde alle sue aspirazioni: *questo secondo aspetto, è ovviamente legato ai modelli culturali, sociali, economici ambientali nei quali vive.*

In altre parole, la definizione dei bisogni non può essere considerata universale, ma deve essere sempre contestualizzata rispetto al luogo, allo stato e alle caratteristiche della popolazione in cui sono inserite le persone portatrici di bisogni. Per questi motivi, è opportuno incentrare un modello di presa dei bisogni distinguendo i casi di:

- bisogni espressi, che devono essere analizzati per trovare una giusta risposta
- bisogni che non corrispondono ai bisogni espressi, per i quali è necessario far emergere la domanda più appropriata
- bisogni inespressi, per i quali è necessario attivare adeguate azioni di spinta all'emersione.

1.2.2 Una comunità solidale

Com'è possibile strutturare una organizzazione e che strumenti possono essere abilitanti per una comunità, per puntare, intercettare, classificare e tracciare i bisogni che (in maniera esplicita, ma soprattutto implicita) esprime?

Occorre una comunità "sensibile ai bisogni" e "in grado di monitorare la loro evoluzione", ovvero occorre una **comunità** che si fa carico delle fragilità presenti al suo interno e crea le condizioni e i servizi per superarle; per giungere a tal fine, occorre una comunità di cittadini con diversi ruoli sociali eterogenei:

- Operatori specifici già collegati al contesto socio-sanitario (operatori del distretto, medici e non, addetti agli sportelli comunali, etc.)
- Associazioni di volontariato, anche informali (e.g. banca del tempo)
- Familiari
- Cittadini singoli, anche non direttamente coinvolti
- Organizzazioni di cittadini
- Categorie professionali commerciali
- Strumenti

con tutti che, grazie a dotazioni specifiche e opportuni strumenti, sono in grado di esplicitare le seguenti funzioni:

- Analizzare le domande e verificare la loro trasformazione in bisogni
- Intercettare e segnalare bisogni
- Decodificare correttamente i bisogni
- Registrare il caso indipendentemente dalla sua possibile soddisfazione
- Registrare lo stato proprio, contestualizzato (attualmente raggiunto), pianificato
- Tenere traccia dell'evoluzione dei bisogni e delle azioni predisposte al loro soddisfacimento

Tale comunità deve essere in grado di esplicitare due scenari specifici:



Figura 2 – Scenari della comunità

1.2.3 Una città sana intelligente

Com'è noto, il concetto di *smart city* sta conquistando progressivamente spazi nelle co-progettazioni dei servizi pubblici, sulla base dell'enorme potenzialità offerte dall'acquisizione diffusa e dal trattamento di qualsiasi tipologia di dato funzionale alla comunità.

In tal senso, in ambito sociale e sanitario è in forte crescita la tecnologia che consente il monitoraggio dei parametri vitali e delle attività dei pazienti, prevalentemente da remoto (apparati di Telemedicina del tutto simili o addirittura gli stessi utilizzati nella corsia ospedaliera): *ciò sta portando ad avere informazioni che, eventualmente affiancate da quelle derivanti dal proprio "ambiente" e dalle "predisposizioni" del cittadino, consentono una cura ed assistenza calata, sostenibile e poco invasiva sul soggetto.*

Si parla così oramai anche di *smart healthcare*⁷ (*Internet of Things: a connected network of objects that collect and exchange data*), che punta ad ottimizzare la gestione delle cure e del trattamento personalizzato, facendo così anche progredire la medicina preventiva.

I servizi digitali di una *smart city* possono quindi consentire di giungere e rendere operativo un ecosistema in cui il pubblico (e il privato) opera per sviluppare una *città sana intelligente* basandosi sui dati cosiddetti "aperti". È un ecosistema dedicato a chi voglia investire, innovare e operare nei campi dell'*Internet of Things* (IoT), anche per mezzo di un partenariato pubblico-privato in grado di coniugare l'erogazione di servizi pubblici o di pubblica utilità e attività imprenditoriali e private.

Il paradosso attuale è che un territorio socialmente responsabile, concetto, come precedentemente indicato di passata memoria, reso successivamente più difficilmente applicabile dalla modernità e dai relativi nuovi assetti sociali, può rinascere e trovare leve di progettazione proprio dallo sviluppo dei moderni servizi digitali e da tutte quelle azioni che realizzano una **"città sana intelligente"**.

⁷ nella definizione data da TrendForce, perché un aspetto cruciale è costituito dal fatto che Web e IoT generano e inviano grandi quantità di dati che vengono elaborati dai sistemi di big data analytics. Questo flusso informazioni di differenti generi va a beneficio sia del settore medico / operatori sia dei destinatari dei servizi sanitari / sociali

1.2.4 Utilizzo delle tecnologie

Grazie alla possibilità offerte dalle nuove tecnologie è quindi possibile ricostruire una rete sociale di "vicinato", costituita da personale preposto, centri predisposti e cittadini, che attuano, stimolano e veicolano la solidarietà verso i soggetti più deboli.

Innanzitutto, si costituiscono piccoli gruppi di personale organizzato (cosiddette "sentinelle") che sono presenti proattivamente sul territorio e rilevano "casa per casa" i bisogni espressi e non espressi, oltre alle disponibilità di altri cittadini a farsi parte attiva nella rilevazione tempestiva di nuovi bisogni e nell'affiancamento alle strutture formali per gli interventi più semplici e immediati.

Successivamente, si allestiscono centri preposti come centrali di operatori socio assistenziali e strutture dedicate alla fragilità ed ai disagi, che affiancano l'operato delle "sentinelle" sul territorio nonché i normali servizi offerti dal servizio sociale comunale, facilitandone l'accesso ai servizi formali e il loro utilizzo ottimale.

Tutto ciò diventa sostenibile grazie all'effetto "catalizzante" di un **sistema tecnologico in grado di supportare tali nuovi attori**, particolarmente orientati nell'individuare e monitorare i bisogni per le seguenti classi di cittadini:

- soggetti deboli che hanno il supporto costante di parenti / vicini / badanti, senza problemi / rischi attivi (verifiche periodiche)
- soggetti deboli che vivono isolati, senza problemi / rischi attivi (verifiche periodiche)
- cittadini che vivono al proprio domicilio o in residenze, con i principali problemi sanitari e sociali già presi in carico dal sistema (care manager e verifiche periodiche)
- cittadini che vivono al proprio domicilio o in residenze, con i problemi sanitari già presi in carico dal sistema e con problemi sociali attivi gestibili dai volontari (care manager, volontari, rete sociale estesa)

In tal modo, qualsiasi cittadino, ma ancora più in particolare il personale Specializzato (assistenti, educatori, "badanti", ma anche, e soprattutto, Forze dell'Ordine) può essere informato, e formato, attraverso tutti i mezzi (corsi specialistici, materiale di divulgazione, etc.), anche basati sulle tecnologie avanzate (dispositivi segnalatori di caduta, ma anche di variazioni dell'ampiezza del passo, che possono informarci preventivamente e monitorare successivamente l'evoluzione di malattie neurodegenerative, cerebrovascolari ed ortopediche, appannaggio non solo della popolazione anziana), perché conoscere e prevenire è sempre meglio che curare.

2. Obiettivo che si intende perseguire: Borghi della Salute per la Città di Molfetta

La nuova amministrazione della **Città di Molfetta** si è posta degli obiettivi di equità, qualità ed innovazione nell'erogazione dei servizi sociali per i cittadini del proprio territorio, puntando sul concetto più generale di *smart city*.

Peraltro la recente **Relazione Sociale d'Ambito** al 31/12/2016⁸ ha rimarcato che la consapevolezza della crescita qualitativa e quantitativa dei bisogni richiede strategie di intervento rinnovate e di maggiore ampiezza.

Partendo, quindi, dalla convinzione che l'impiego delle innovazioni tecnologiche nella co-progettazione dei modelli di erogazione possa contribuire a raggiungere risultati prima difficilmente attuabili, la Città di Molfetta sta valutando una serie di iniziative per avviare *trend* virtuosi in quest'ambito e realizzare veri e propri percorsi di *social - chronic care management* utilizzando al meglio la propria offerta di servizi, le proprie competenze, le tecnologie ed il proprio territorio (e quanto la Città intesa come tale possa offrire nelle sue molteplici sfaccettature), che consentono oggi di ripensare all'ingaggio del cittadino e del suo bisogno / disagio, di alleggerire il carico comunale con sinergie innovative e portare l'assistenza in prossimità dei cittadini stessi.

Inoltre, sempre in riferimento alla Relazione Sociale d'Ambito, si persegue l'obiettivo dell'integrazione fra le diverse fonti di finanziamento e la loro concentrazione intorno agli Obiettivi di Servizio regionali e all'assunzione delle priorità indicate⁹.

Il rafforzamento dei servizi e degli interventi a carattere socio-sanitario è una priorità della programmazione dell'Ambito che accresce l'offerta di **servizi domiciliari**. Tutti questi elementi hanno indotto a ricercare fonti finanziamento, anche attraverso la presentazione di progettualità a valere sulle risorse comunitarie. Parliamo di servizi per i minori e famiglie, servizi domiciliari per persone anziane e disabili, servizi per l'accesso rivolti sia alla generalità dei cittadini che a specifiche categorie di utenza, anche con riferimento al tema dell'accesso integrato alle prestazioni socio-sanitarie. L'esperienza finora vissuta conferma fortemente che il processo di trasformazione dei servizi sociosanitari in un sistema sempre più articolato e aperto è necessariamente sostenuto da realtà istituzionali e sociali che lavorano in rete¹⁰.

⁸ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

⁹ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

¹⁰ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

Relazione Sociale d'Ambito

2.1.1 Priorità

Come esposto nella Relazione Sociale d'Ambito, le scelte strategiche e programmatiche, adeguate agli Obiettivi di Servizio regionali, alloca le risorse finanziarie principalmente su aree prioritarie di intervento, quali

- i servizi domiciliari,
- i servizi comunitari a ciclo diurno,
- i servizi per la prima infanzia,
- le politiche per l'inclusione sociale,
- il welfare d'accesso,
- gli inserimenti in strutture residenziali in favore di persone anziane e disabili.

La strutturazione dell'intero sistema dell'offerta dei servizi si è potenziata attraverso i "buoni servizio di conciliazione" per i servizi socio educativi minori, che prevede l'inserimento di buoni per minori presso le strutture accreditate a catalogo, e attraverso l'attivazione di numerosi accessi alle strutture anziani / disabili iscritte al catalogo telematico, che ha visto l'inserimento di numerosi utenti principalmente nei centri diurni art. 60 e 60ter consentendo alle famiglie appoggio e sollievo in situazioni di difficoltà¹¹.

Asse portante e priorità strategica dell'intero Piano di Zona, la domiciliarità, intesa in senso lato, ha registrato miglioramenti, come il servizio domiciliare rivolto a minori e famiglie in difficoltà A.D.E.¹² un ottimo livello sia quantitativo che qualitativo, che ha consentito il raggiungimento dell'obiettivo di servizio regionale con l'avvio dei nuovi servizi d'ambito con gare avviate precedentemente. Per quanto concerne l'area anziani, infatti, il S.A.D., ma soprattutto l'A.D.I., si sta registrando un progressivo aumento del numero degli anziani in assistenza grazie al consolidarsi delle intese raggiunte con il Distretto socio-sanitario, senza considerare che il Distretto registra performance molto più elevate se si parla di altre forme di assistenza domiciliare, come l'assistenza domiciliare sanitaria, l'assistenza domiciliare programmata, etc.¹³

Il panorama dei servizi comunitari a ciclo diurno, centri aperti polivalenti per minori, anziani, disabili e famiglie indica una buona diffusione a livello di Ambito territoriale di queste strutture. L'inserimento nella tipologia delle strutture residenziali previste come obiettivi di servizio regionali (ad es. Case per la vita, Dopo di noi, ecc.) continua a registrare un aumento progressivo dell'utenza¹⁴.

L'aspetto più rilevante continua ad essere la perdita totale o parziale dell'autosufficienza e la necessità di sostenere le famiglie del carico delle persone anziane e/o diversamente abili. Attraverso il potenziamento della rete dei servizi domiciliari esistenti sui territori dell'Ambito, in stretta collaborazione con il Distretto socio-sanitario, rappresenta un obiettivo strategico da perseguire e potenziare.

¹¹ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

¹² Assistenza Domiciliare Educativa

¹³ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

¹⁴ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

Il potenziamento dei servizi domiciliare ADI¹⁵-SAD¹⁶-ADH¹⁷ è inteso come alternativa, laddove è possibile, ad istituzionalizzazioni effettuate in passato, come unica risposta ai bisogni complessi di tipo socio-sanitario¹⁸.

Inoltre, i principali documenti programmatici regionali di politica sociale evidenziano una "emergenza" e una attenzione per ciò che concerne sia "l'analisi della domanda" che le "risposte possibili". Nell'area strategica di intervento delle non autosufficienze, in continuità con le azioni e gli obiettivi realizzati nel corso dell'ultimo triennio di programmazione, si intende promosso lo sviluppo del complessivo **sistema di presa in carico integrata di tipo socio-sanitario** mediante il consolidamento, la diffusione e il potenziamento delle prassi positive attuate per l'accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari e un consistente impulso allo sviluppo del sistema di offerta e domanda di servizi domiciliari, comunitari, residenziali e a ciclo diurno integrati di natura sociale e sociosanitaria (ADI, SAD, centri diurni socioeducativi e riabilitativi, case famiglia con servizi per l'autonomia, casa per la vita, centri sociali polivalenti, comunità socio-riabilitative, RSSA, ecc.)¹⁹.

2.1.2 I servizi e le strutture per l'integrazione socio-sanitaria e la presa in carico integrata delle non autosufficienze

Come esposto nella Relazione Sociale d'Ambito, l'assistenza domiciliare, in tutte le sue forme ed articolazioni è al vertice degli interventi socio-sanitari, con l'obiettivo di evitare o di ritardare il più possibile gli interventi di istituzionalizzazione ed anche la durata, a volte inappropriata, dei ricoveri²⁰.

L'Ambito, inizialmente ha registrato difficoltà ad incrementare l'A.D.I. in favore di persone anziane ultrasessantacinquenni con bisogni socio-sanitari complessi, ma a partire dall'anno 2016 ad oggi si è notato un **netto incremento delle richieste di accesso al servizio**²¹.

Con i fondi ministeriali del Piano di Azione e Coesione Anziani, I° e II° riparto, l'Ambito intende mettere in atto tutte le possibili forme di sensibilizzazione e di confronto sia con il Distretto socio-sanitario, che con i medici di base, per ridurre e possibilmente eliminare ogni difficoltà interpretativa ed organizzativa, che sono ancora di ostacolo ad una piena diffusione della domiciliarità integrata a cui oggi sono destinate **ingenti risorse finanziarie**²².

In riferimento al P.A.C. Anziani, nel 2016, in aggiunta al rifinanziamento del servizio A.D.I., sono state destinate risorse finanziarie per il potenziamento del servizio SAD²³.

L'area relativa agli inserimenti nelle strutture residenziali, quali le R.S.S.A. per anziani e disabili, richiede sempre l'allocazione di ulteriori risorse a carico dei bilanci comunali, in considerazione

¹⁵ Assistenza Domiciliare Integrata

¹⁶ Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani e Disabili

¹⁷ Assistenza Domiciliare per Disabili

¹⁸ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

¹⁹ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

²⁰ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

²¹ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

²² Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

²³ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

del **cospicuo numero di interventi che si rendono necessari quando non è possibile intervenire con la domiciliarità²⁴.**

La P.U.A. e l'U.V.M. hanno consolidato un ruolo che va nella gestione dei percorsi di cura unitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali in favore di persone in stato di bisogno socio-sanitario complesso, proveniente, come riferisce il Distretto socio-sanitario, dalle seguenti aree:

- post-acuzie, cronicità;
- disabilità grave e gravissima;
- decadimento cognitivo/demenza;
- cure palliative.

Le persone nelle condizioni predette superano il 90% delle istanze di accesso ai vari percorsi di cura²⁵.

La filiera degli inserimenti nelle strutture residenziali comprende le RSA, RSSA per anziani, RSSA per disabili, le Case per la vita, il Dopo di noi, i Centri diurni (artt. 60 e 60 ter) ecc.; rispetto a questi ultimi si registra un incremento dell'utenza²⁶.

²⁴ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

²⁵ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

²⁶ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

2.2 Borghi della salute

2.2.1 La realizzazione di sotto-iniziativa fondate sulla comunità

Come esposto nella Relazione Sociale d'Ambito, l'obiettivo generale è quello di ritardare ovvero di evitare il più possibile l'istituzionalizzazione, ma anche di ridurre la durata inappropriata dei ricoveri dei pazienti cronici e non autosufficienti, in presenza di protocolli per le dimissioni protette che possano concretamente assicurare una presa in carico efficace del paziente sul territorio e nel proprio contesto di vita²⁷.

Queste scelte strategiche indicano, in particolare, la necessità di continuare a promuovere **politiche sociali capaci di assicurare la conciliazione dei tempi di vita con quelli di lavoro, di sostenere in vario modo, ad es. con servizi domiciliari e prestazioni economiche, i nuclei familiari che si fanno carico di persone non più del tutto autosufficienti e di ridurre condizioni di solitudine e di isolamento sociale o i nuclei con la presenza di minori**²⁸.

La prima iniziativa che si propone è la realizzazione di Borghi della Salute fondati sul concetto delle città sane intelligenti.

L'iniziativa che si propone è strutturata nelle seguenti sotto-iniziative

Tabella 2 – Sotto-iniziative della realizzazione di Borghi della Salute

Rif.	Sotto-iniziative
SI1	Organizzazione e costituzione di gruppi di quartiere / borgo , sia formali che non, per la prevenzione e segnalazione / monitoraggio della pre-fragilità, in modo da intercettare l'avvio, oppure la parziale, oppure la totale perdita dell'autosufficienza, nonché le necessità di sostenere le famiglie del carico delle persone anziane e/o diversamente abili, sia attraverso sentinelle sul territorio che attraverso strumenti di tecnologici monitoraggio
SI2	Strumenti tecnologici e protocolli ai gruppi di quartiere / borgo, sia formali che non, per la stratificazione e veicolo verso il PUA ²⁹ (patient engagement)
SI3	Potenziamento della rete dei servizi domiciliari ADI-SAD-ADH ³⁰ con strumenti tecnologici di monitoraggio e centrali operative
SI4	Strumenti tecnologici e integrazione con le politiche culturali, ambientali, storiche, etc. per facilitare le sentinelle e la socialità, integrando azioni già in atto ³¹ e promuovendo altre, in modo da aumentare lo sviluppo di relazioni amicali e di forme di socializzazione, nonché la propria responsabilizzazione (patient empowerment)

²⁷ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

²⁸ Relazione Sociale d'Ambito al 31/12/2016 - Piano Sociale di Zona 014 / 2016 Molfetta - Giovinazzo

²⁹ Come indica la Relazione Sociale d'Ambito, per il welfare d'accesso si registra un forte consolidamento del funzionamento e dell'integrazione (Segretariato Sociale e P.U.A.) che assicura un unico punto di accesso al sistema integrato ai servizi ed una risposta unitaria anche rispetto a complesse problematiche socio-sanitarie

³⁰ Come indica la Relazione Sociale d'Ambito, tra gli altri fenomeni sociali di una certa rilevanza, non si può non menzionare quello relativo all'invecchiamento della popolazione che riguarda l'intero Paese e pone problemi complessi legati alla progressiva perdita della autosufficienza

³¹ Centri Comunali per le Famiglie dell'Ambito, con attività di vario genere che consistono in: laboratori di informatica, di inglese, di cucina, di educazione alimentare, di sostegno alla genitorialità, di mediazione familiare, ecc.

Strumenti di monitoraggio, centrale operativa e protocolli

Molte evidenze nazionali ed internazionali hanno dimostrato un'incidenza notevole in termini di rallentamento della progressione di non autosufficienza se questa è intercettata quanto prima e se i pazienti sono seguiti a domicilio, con un gruppo formale e informale che lo segue e responsabilizza il loro stato di salute. Un'altra indicazione utile proveniente dal monitoraggio in continuo è la determinazione di altri fattori di rischio e co-morbilità³² ed eventi sottovalutati (e.g. cadute oppure cammino anomalo). A questi indicatori, maggiormente clinici, si registrano miglioramenti dei flussi presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie, un clima tra paziente e servizi migliorato grazie alla comunità e servizi remoti che si fanno sentire sempre vicino al paziente, e la semplicità d'uso e la gentilezza ed attenzione della centrale operativa tranquillizzano il paziente ed i propri famigliari.

L'efficacia e l'efficienza di tali approcci e strumenti si ottiene, però, attraverso una vera e propria definizione di un **percorso di presa in carico ed assistenza** innovativo che coinvolge attivamente la comunità ed i servizi sociali e socio-sanitari, le associazioni dei pazienti, il terzo settore, il distretto, etc. ovvero tutti gli attori nella loro totalità e complessità, per gestire al meglio la progressione della fragilità e le co-morbilità ad essa associate.

La soluzione proposta prevede diverse azioni con l'obiettivo primario di portare i servizi in prossimità del paziente, alleggerire le strutture comunali preposte, ampliare il bacino che usufruisce dei servizi, integrare dati ed informazioni utili alla programmazione, contribuire a ridurre le istituzionalizzazioni, ed eliminando sprechi tramite miglior utilizzo delle risorse e semplificazione nei flussi:

La **prima soluzione** è quella di disegnare dei veri e propri **percorsi di presa in carico e gestione**, ottimizzando le risorse disponibili anche con l'uso del tele-monitoraggio, specialmente per monitorare la pre-fragilità e per conservare quanto più possibile la domiciliarità in quelle situazioni in cui occorre evitare di "scalare" verso assistenze più specialistiche. Dei veri e propri PAI / PRI / PDTA che tengano conto del tipo di disagio e delle strutture / risorse disponibili nel territorio, in modo da rispondere più efficacemente ed efficientemente alla domanda di salute della cittadinanza. Le prestazioni saranno, quindi, erogate sulla base di un programma multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato.

La **seconda soluzione** è strumenti e metodi a supporto della stratificazione del disagio e del rischio fragilità-cronicità sulla popolazione afferente determinati quartieri / borghi, con l'identificazione proattiva dei pazienti che trarrebbero giovamento da un monitoraggio domiciliare (sia quelli in fase di pre-fragilità che quelli con media complessità che, se ben gestiti, ritardano la progressione della malattia e sono meno soggetti a riacutizzazioni). La soluzione prevede per le sentinelle oppure per il PUA comunale, anche l'attivazione di un servizio di accoglienza, registrazione e screening tramite POC di nuova concezione con associati dispositivi, ad esempio per analisi del cammino oppure di sangue capillare (es. glicata), elettrocardiografi, spirometri, holter pressori etc.

³² ad esempio, l'ipertensione, non trattata sufficientemente in mancanza di evidenze cogenti

La **terza soluzione** è l'organizzazione della comunità con il supporto di strumenti tecnologici³³ di monitoraggio ed una Centrale Operativa (che avrà sottosezioni dedicate CO Infermieristica, CO Fragilità) che, oltre a seguire i pazienti in assistenza domiciliare, supporta la comunità stessa e la formazione sulle modalità dei percorsi adottati. La soluzione prevede la fornitura dei kit³⁴ per la gestione del monitoraggio domiciliare³⁵ e il funzionamento di una Centrale Operativa con, tra l'altro, assistenza infermieristica remota (12/24 ore, 6/7 giorni la settimana). Le sentinelle e la Centrale Operativa supportano anche la pianificazione delle visite di follow-up con segnalazione ai servizi sociali oppure sanitari (opzionalmente anche ad un familiare) se il paziente non è aderente con la procedura di servizio.

La **quarta soluzione** è un cruscotto tecnologico per avere lo stato dell'arte dei percorsi e dei servizi erogati, con misurazione delle evidenze di processo ed economiche per la valutazione della bontà del percorso previsto³⁶ ed il suo aggiustamento in corso di opera. Si misureranno anche target qualitativi (grado di soddisfazione del paziente grazie alle nuove soluzioni remote, semplicità di utilizzo dei servizi, coinvolgimento attivo del paziente e dell'eco-sistema sociale a lui afferente nella gestione del disagio, percezione della modernità di cura, ecc.).

2.2.3 Nuovi luoghi per la rigenerazione urbana e sociale

L'obiettivo finale della iniziativa è di conseguenza l'avvio di modelli organizzativi in grado da un lato di rilevare ed analizzare i bisogni di salute e benessere di determinare comunità della Città, dall'altro di efficientare, sulla base di tale ricognizione, la programmazione ed erogazione dei servizi, che deve muovere dalla univocità dell'accesso al sistema curante e della socializzazione.

Le determinate comunità della Città diventano quindi dei veri e propri "**Borghi della Salute**", luoghi certamente di rilevazione del bisogno e di erogazione efficiente dei servizi, ma anche, e soprattutto, luoghi "catalizzanti" con l'obiettivo di creare di una cultura della fragilità e dell'invecchiamento attivo per non percepire più il disagio come un peso sociale bensì metterne in luce le risorse e le opportunità invece che i limiti e gli ostacoli. Allo scopo, in tale luoghi si potrebbero affiancare attività come:

- Attività motoria di gruppo in un determinato percorso del territorio
- Animazione di spettacoli in determinati quartieri
- Attività ludico-ricreative in determinati punti del territorio
- Laboratorio di storia della Comunità di zona
- Cineforum

³³ ad esempio, sistemi di monitoraggio domiciliare e di diagnostica al punto di accesso (Point of Care – POC)

³⁴ nonchè del servizio come consegna dei kit ai centri predisposti, gestione telecomunicazione, sostituzione e riparazione difetti degli apparati, e della gestione della performance tecnologica ed attendibilità delle misure trasmesse

³⁵ monitoraggio in continuo dei pazienti a domicilio con sistema di triage per ogni allarme generato, secondo il protocollo di servizio

³⁶ ad esempio, misura delle voci di spesa più comunemente associate alla gestione dei pazienti e degli effetti sul sistema sanitario come: le ospedalizzazioni improprie con particolare attenzione ai ricoveri ripetuti in un breve arco temporale, la scarsa aderenza nell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici, gli accessi impropri ai pronto soccorso, le visite specialistiche non pianificate, etc.

- Laboratorio Musicale
- Preparazione all'Università della Terza età
- Attività in collaborazione con il volontariato locale per il recupero, anche architettonico e paesaggistico, del territorio
- Possibilità di brevi e/o lunghi soggiorni in località balneari della zona
- Gite e uscite culturali ricreative
- Mangiar bene mantenendosi in buona salute attraverso uno slow-food del territorio

2.2.4 Tecnologie smart

A supporto dei Borghi della Salute, come già indicato, occorre perseguire un sistema ICT in grado di offrire funzionalità ad una smart community in modo che quest'ultima possa:

1. da un lato avere la possibilità di intercettare/decodificare i bisogni, sia attraverso i canali classici, sia in modo "rivoluzionario" (in modo estremo: la commessa del supermercato): in una parola, il territorio proattivo
2. dall'altro avere la possibilità di monitorare la presa in carico e di avere una visione unica insieme a terapie non convenzionali (anche naturalistiche): in una parola, il coaching
3. la possibilità di creare un ambiente partecipativo capace di aggiornare con continuità la "definizione" di domanda e bisogno e progettare nuovi servizi che risponda in modo "migliore" ai vecchi e nuovi bisogni

Le tecnologie occorrenti sono un sistema software, corredato anche da dispositivi (internet of things), in grado di intercettare in maniera multipla e decodificare semanticamente uno stesso bisogno, grazie ad una "astrazione" dell'accesso ai servizi sociali, in una metafora che espone servizi comuni che hanno "business logic" che devono essere utilizzate da tutti i sistemi terzi.

Si realizza un sistema tecnologico complesso, a supporto della comunità distrettuale, in grado di supportare assistenza socio-sanitaria integrata basata sulla presa in carico del "soggetto fragile", da parte della sua smart community, nella sua globalità, indirizzandone tutta la complessità dei bisogni con attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto (economico, sociale e ambientale) di riferimento.

2.3 Risultati dell'iniziativa

2.3.1 Oggetti misurabili

Il risultato misurabile che si persegue con la presente iniziativa è

- 1. individuazione e strutturazione di aree / luoghi / comunità nell'ambito della Città di Molfetta, ascrivibili al concetto di "Borgo della Salute"**
- 2. modello organizzativo dove sono state delineate nuove "interfacce" fra i diversi attori del sistema sociale attuale, con punti di miglioramento e maggiore sostenibilità per l'intero apparato comunale: proattività nella raccolta del bisogno, coaching condiviso, territorio socialmente responsabile (in linea con il programma EIP AHA), modello hub – spoke dei punti di contatto**
- 3. una soluzione tecnologica proposta, pervasiva e diffusa nei luoghi individuati, adeguata a supportare processi cooperativi stabili e supportare una prospettiva olistica sulla "salute".**

Questa convergenza "parallela" tra soluzione tecnologica proposta e nuovi elementi da inserire nel modello organizzativo esistente, deve essere evidente, l'amministrazione molfettese avrà nuove chiavi di lettura per dare adeguate risposte ai nuovi contesti (economici e sociali) in cui la popolazione si trova a vivere.

Servizi basati sulla tecnologia e la "local governance", con una pianificazione dal basso partecipata ed una programmazione pluriennale su larga scala, rappresenteranno un supporto cruciale ai diversi portatori di interesse e la chiave di volta in risposta alla crisi.

Avvicinandosi ai concetti che includono la salutogenesi, la resilienza e il capitale sociale, tali tipi di approccio basata sui punti di forza per la salute e il benessere durante il corso della vita creano il potenziale per abbattere alcune delle barriere esistenti aprendole a una azione efficace sulle disuguaglianze, finora caratterizzate da approcci basati sul maggior rischio o deficit³⁷.

Il modello deve avere, come ulteriore obiettivo, il sostegno e la promozione dell'auto-cura.

In particolare per la persona anziana che convive con la propria condizione per uno spazio temporale prolungato. La maggior parte di esse potrà imparare a gestire la propria condizione psico-fisica attraverso una dieta consapevole, un esercizio fisico adeguato, l'auto-monitoraggio (misurazione della pressione, glicemia, peso corporeo, l'utilizzo di farmaci). Il sostegno del self-care serve ad aiutare le persone anziane e la loro famiglia ad acquisire capacità e fiducia nel gestire la propria condizione di salute, ad arrivare a riconoscere le varie sintomatologie ed a valutare i risultati dell'automonitoraggio.

Risultato fondamentale è l'individuazione di un modello con una **strategia di gestione delle problematiche sociali di media-lunga durata**.

37 3. B. Previtera, F. Felli, L. Lella, A. Rossi Mori, G. Mercurio "L'innovazione integrata – sociale, tecnologica e finanziaria – applicata al sistema informativo del territorio" Atti del 45° Congresso "La Prevenzione e la Sanità Pubblica al servizio del Paese: l'Igienista verso le nuove esigenze di salute", Ottobre 2012 (http://www.siti2012.org/documenti/Programma%20poster_19_09_12.pdf)

2.3.2 Risultati

La strategia avrà i seguenti elementi essenziali:

Tabella 3 - Elementi essenziali della strategia unica

Rif.	Strategia unica
A	Potenziamento del management (visione e strategie)
B	Promuovere più responsabilità dei cittadini rispetto alla propria salute
C	Paziente attivo, favorire il patient engagement e il self-management (anche con i caregiver)
D	Portare a sistema la gestione integrata delle problematiche di lunga durata
E	Rendere il sistema più efficiente, adattato ai bisogni del paziente

La letteratura e le analisi delle iniziative porta ad evidenziare i seguenti elementi essenziali per questa strategia unica di gestione delle problematiche di media-lunga durata:

Tabella 4 - Elementi di dettaglio della strategia unica

Rif.	Elemento della strategia
A	Potenziamento del management (visione e strategie)
A.1	Modelli dei bisogni della popolazione (criteri di profilazione dei pazienti)
A.2	Modelli della corrispondente domanda di risorse e servizi
A.3	Analisi geo-referenziata dei bisogni
A.4	Analisi geo-referenziata dell'offerta di servizi
A.5	Valutazione degli interventi
A.6	Allocazione ottimale delle risorse
B	Promuovere più responsabilità dei cittadini rispetto alla propria salute
B.1	Promozione della salute e di stili di vita più consapevoli nella popolazione
B.2	Interventi mirati su soggetti a rischio per problematiche di media-lunga durata
C	Paziente attivo, favorire il patient engagement e il self-management
C.1	Ripensare il ruolo e le competenze delle professioni non-mediche come interfaccia tra il sistema e il paziente domiciliare (care manager)
C.2	Diffondere l'educazione terapeutica, anche con group coaching
C.3	Alleviare il carico sui caregiver informali
C.4	Facilitare l'accesso all'informazione per rendere il paziente e la famiglia più consapevoli dei diritti, dei servizi e delle soluzioni disponibili
C.5	Promuovere l'interazione e il supporto reciproco tra i pazienti, anche attraverso le associazioni dei pazienti (paziente 2.0)
D	Portare a sistema la gestione integrata delle problematiche di lunga durata
D.1	Sperimentare forme ottimali di coordinamento tra i servizi sanitari con quelli sociali, con integrazione funzionale tra le relative strutture
D.2	Adottare i percorsi diagnostico – terapeutico - assistenziali (PDTA) <ul style="list-style-type: none"> ▪ supporto alla progettazione ed esecuzione ▪ individuazione dei "punti di attenzione" all'interno dei PDTA o in particolari situazioni a rischio di non-appropriatezza ▪ problematiche legate alle complicità e alla pluri-patologia
D.3	Redigere il "contratto di cura": ruolo/ responsabilizzazione del paziente e dei familiari (engagement)
D.4	Anticipare il bisogno e strutturare i rapporti sul coaching
E	Rendere il sistema più efficiente, adattato ai bisogni del paziente
E.1	Facilitare lo svolgimento di pratiche e di procedure
E.2	Organizzare centri servizi multi-canale per un follow-up proattivo
E.3	Semplificare l'interazione tra cittadino e servizi, ridurre il sovraccarico amministrativo

3. Progettazione e realizzazione

Di seguito la **proposta di progettazione e di realizzazione di Borghi della Salute per la Città di Molfetta** che si articola in due fasi.

3.1 Fase 1 - Redazione dello studio di fattibilità / progettazione

La prima fase prevede la redazione di un documento di **Studio di Fattibilità** con la progettazione dell'iniziativa stessa. Allo scopo, la fase prevede le seguenti attività.

3.1.1 AT11 - Analisi del bilancio sociale

Guardando al quadro complessivo delle fonti di finanziamento, i Comuni risultano i principali finanziatori della spesa sociale: quasi il 70% è finanziato con risorse dei bilanci comunali, mentre i contributi statali riescono a finanziare una quota minoritaria della spesa locale (poco più del 16%) e le Regioni sostengano con risorse proprie, pari al 14,9%, il *welfare* locale attraverso i fondi sociali regionali³⁸.

Quindi nei Comuni la spesa sociale ha acquisito una sempre maggiore importanza nei bilanci comunali, nonostante i vincoli imposti alla finanza comunale, confermandosi una delle principali voci di intervento. Famiglia e minori, anziani e persone con disabilità sono i principali destinatari delle prestazioni di *welfare* locale.

Fra i destinatari dell'assistenza vi sono al primo posto le famiglie con figli, cui è destinato il 40,1% della spesa complessiva; seguono i disabili con il 23,2% e gli anziani con il 19,8% della spesa. Le politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale assorbono il 7,9% della spesa sociale dei Comuni, mentre il 5,8% è relativo ad attività generali o rivolte alla "multiutenza".

Nel complesso, la spesa per i servizi sociali offerti dai Comuni è costituita principalmente da interventi e servizi forniti direttamente agli utenti, per un importo pari a 2.733M€ (38,9% del totale), mentre alle strutture sono destinati 2.421M€³⁹.

L'attività AT11 persegue l'analisi del bilancio sociale, in sinergia all'assessorato della Città di Molfetta, per approfondire in dettaglio dove si concentrano le risorse impiegate (stratificati per bisogno / disagio e popolazione), le tipologie di servizi (socio - assistenziali, contributi, socio - educativi, logistici, etc.), le modalità di erogazione e gli operatori / strutture coinvolte nell'attuazione dei servizi sul territorio.

3.1.2 AT12 - Progettazione del modello dei dati aperti

Il paradigma delle *smart cities* passa per la disponibilità di dati aperti.

Ciò implica "aprire" il Comune all'esplosione dei servizi digitali rendendo disponibili le informazioni che riguardano il territorio e la comunità, in un formato accessibile da chiunque nel pieno rispetto della *privacy* e della tutela dell'amministrazione stessa.

³⁸ "Una lente sul welfare locale: sviluppi e tendenze" CITTALIA

³⁹ "Spesa sociale e sue componenti" Servizio Studi della Camera dei deputati, 11 giugno 2015

L'attività AT12 persegue la progettazione di una piattaforma dei dati *open* che la cittadinanza e le imprese andranno ad utilizzare per iniziative e sperimentazioni (proposte, ad esempio, da *start up* innovative), nonché la strutturazione di una *roadmap* che supporti la Città di Molfetta, nei limiti delle sue competenze e delle norme vigenti, nel favorire le richieste per l'utilizzo dei dati che possono riguardare tematiche quali risorse della città (acqua, aria, verde pubblico, energia, etc.), movimento mezzi, merci e persone, fenomeni ambientali, strutture e associazioni per le categorie deboli.

3.1.3 AT13 - Strutturazione dei percorsi di ingaggio e degli indicatori

Le evidenze hanno già dimostrato, seppur su un campione di cittadini / pazienti circoscritto, un'incidenza notevole nella sostenibilità e nella qualità dei servizi sociali concepiti nelle nuove dimensioni proprie dei territori socialmente responsabili. Occorre di conseguenza disegnare dei veri e propri percorsi di presa in carico e gestione specifici per la Città di Molfetta, ottimizzando le risorse disponibili anche con l'uso di tecnologie innovative, specialmente in quei territori del Comune in cui è più difficoltosa l'erogazione dei servizi.

Rilevante è inoltre la definizione congiunta dei *target* quantitativi di risparmio (ottimizzazione delle risorse, durata dei giorni di erogazione del servizio, ricadute sul sistema sanitario, minor spreco di consumabili, etc.) e di target qualitativi (grado di soddisfazione del cittadino, coinvolgimento attivo del paziente e della rete sociale a lui afferente, percezione della modernità del modello, etc.).

L'attività AT13 persegue l'individuazione di percorsi specifici che sono alla base del nuovo modello nella sua complessità, dalla fase di stratificazione, ingaggio fino all'erogazione del servizio, nonché la definizione di una serie indicatori quali-quantitativi per il controllo e monitoraggio degli *outcome* previsti.

3.2 Fase 2 - Realizzazione

La seconda fase prevede l'individuazione, in accordo con il Comune di Molfetta, del soggetto attuatore, l'avvio del modello all'intero territorio della Città di Molfetta e l'avvio dei servizi innovativi a regime, con la realizzazione piena dei Borghi della Salute per rispondere più efficacemente ed efficientemente alla domanda sociale della cittadinanza.

Ci sarà un avvio graduale, con la partenza di un Borgo della Salute per determinati servizi sociali, in modo da indirizzare i seguenti aspetti importanti:

- Stratificazione del rischio disagio / bisogno / cronicità sulla popolazione afferente il territorio di sperimentazione;
- Identificazione dei cittadini che da un lato trarrebbero giovamento da un modello innovativo, dall'altro consentono di adottare tutte le sinergie proprie di un approccio "Borgo della Salute";
- Adozione di uno o più percorsi individuati nello Studio di Fattibilità che tenga conto del tipo di cittadino e delle strutture disponibili nel territorio;
- Formazione al personale coinvolto;
- Misurazione delle evidenze di processo ed economiche per la valutazione della bontà del percorso previsto ed il suo aggiustamento in corso di opera.

In questa fase, è prevista anche la campagna di promozione e comunicazione sulle soluzioni innovative disegnate per rafforzare i servizi già offerti, sulla nuova rete elaborata e sulla nuova visione, olistica, del contesto cittadino.

4. Sostenibilità dell'iniziativa

Per la realizzazione dell'iniziativa si possono percorrere più strade, non necessariamente esclusive. Obiettivo primario è intanto finalizzare al meglio la spesa consolidata ed eliminare sacche di spreco o di inefficienza della spesa.

4.1. Bilancio sociale e concessione di servizio

Certamente una strada di sostenibilità parte da una sinergia e razionalizzazione delle voci di spesa più comunemente associate alla gestione dei servizi sociali, in una modalità e nei termini che derivano dallo studio approfondito del bilancio sociale e dai determinanti di innovazioni emersi nello Studio di Fattibilità.

A tale proposito, è utile riportare che la Città di Molfetta è un Comune di circa 60.000 abitanti il cui totale delle entrate nel 2014 è stato di € 65.302.373 (circa € 1082,31 procapite)⁴⁰. A fronte di ciò, il totale delle spese è stato di € 63.774.098 (circa € 1056,98 procapite)⁴¹.

Le spese che il Comune ha sostenuto nel 2014 per l'erogazione dei servizi sociali ai suoi cittadini, incluse le spese per la manutenzione o la costruzione di strutture adeguate a tale scopo (come asili nidi, residenze per anziani o centri di prevenzione), sono state di € 7.171.720 (€ 118,86 procapite)⁴².

La spesa stanziata dal Comune a favore dei servizi di prevenzione e riabilitazione offerti sul territorio nel 2014 è stata di € 1.120.563 (€ 18,57 procapite), mentre per l'assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona (ovvero la spesa stanziata dal Comune a favore di interventi di carattere sociale sul territorio e la prestazione di servizi annessi, non rientrati nelle precedenti voci della funzione sociale) il Comune ha speso nel 2014 € 5.274.822 (€ 87,42 procapite)⁴³.

4.2. Finanziamenti regionali, nazionali e comunitari

Ulteriore strada di sostenibilità è il co-finanziamento tramite la partecipazione a bandi regionali / nazionali di ricerca e/o sperimentazione nell'ambito dei nuovi modelli sociali oppure di innovazione urbana (è recente la pubblicazione del bando pubblico per la selezione delle Aree Urbane⁴⁴ rivolto a tutti i comuni, piccoli, medi e grandi, della Puglia, entro cui attuare interventi di sviluppo urbano sostenibile, attraverso azioni integrate).

⁴⁰ http://www.openbilanci.it/bilanci/molfetta-comune-ba/entrate/dettaglio?year=2014&type=consuntivo&cas_com_type=cassa

⁴¹ http://www.openbilanci.it/bilanci/molfetta-comune-ba/spese/dettaglio?year=2014&type=consuntivo&cas_com_type=cassa&fun_int_view=funzioni

⁴² http://www.openbilanci.it/bilanci/molfetta-comune-ba/spese/dettaglio?year=2014&type=consuntivo&cas_com_type=cassa&fun_int_view=funzioni

⁴³ http://www.openbilanci.it/bilanci/molfetta-comune-ba/spese/dettaglio?year=2014&type=consuntivo&cas_com_type=cassa&fun_int_view=funzioni

⁴⁴ asse XII – Sviluppo urbano sostenibile POR FESR – FSE 2014 /20

In tale ottica, è utile sottolineare che il bando può essere anche comunale, in quanto un ecosistema fondato sui concetti di città sana ed intelligente si può autofinanziare con gli investimenti dei privati e con ricadute legate allo sviluppo di innovazione tecnologica e sociale, all'attrazione e la creazione di nuove aziende, allo sviluppo di competenze legate al tema dell'IoT sul territorio, all'efficienza dei servizi per il cittadino, alla visibilità dell'impresa all'interno delle diverse attività di comunicazione.

4.3. Realizzazione mediante contratti di PPP

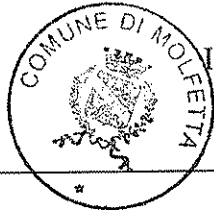
Ulteriore strada di sostenibilità è il sostegno di un partner industriale con provata esperienza nell'indirizzare correttamente le varie problematiche e che abbia nei suoi obiettivi la volontà di sostenere modelli sostenibili di governance sociale / sanitaria, disponibilità ad ottenere compensi misurati in base alle migliori apportate in tale gestione e capace di relazioni durature nel tempo, nel rispetto delle rispettive autonomie e secondo le normative vigenti.

Deliberazione di Giunta Comunale n. 19 del 16/01/2018

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

(Art. 124 e 134 del Decreto Legislativo 18/08/2000, n. 267 – Art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/2009 e ss.mm.ii.)

La presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio On Line del sito informatico istituzionale del Comune www.comune.molfetta.ba.it dal giorno 18 GEN. 2018 per quindici giorni consecutivi.



IL SEGRETARIO GENERALE
Dott.ssa Irene Di Mauro

Certificato di avvenuta esecutività e pubblicazione

Il sottoscritto Segretario Generale certifica che la presente deliberazione:

- è stata pubblicata all'Albo Pretorio On Line del sito informatico istituzionale del Comune www.comune.molfetta.ba.it dal _____ per quindici giorni consecutivi;
- è divenuta esecutiva, essendo decorsi 10 giorni dalla data di pubblicazione ai sensi dell'art. 134, comma 3 del D.Lgs. n. 267/2000.

IL SEGRETARIO GENERALE
Dott.ssa Irene Di Mauro

, li _____

Per l'esecuzione:

Al Dirigente Settore _____

Al Dirigente Settore Programmazione Economico-Finanziaria e Fiscalità