



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DAR 0008345 P-4.37.2.10

del 21/05/2021



33777771

Servizio: "Sanità, lavoro e politiche sociali"

Codice sito: 4.10/2021/47/CSR

Al Ministero della salute

- Gabinetto

gab@postacert.sanita.it

- Alla Direzione generale della
programmazione sanitaria

dgprog@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto

ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

- Ufficio Legislativo

legislativo.economia@pec.mef.gov.it

legislativo.finanze@pec.mef.gov.it

- Dipartimento della Ragioneria Generale dello
Stato - Coordinamento delle attività dell'Ufficio
del Ragioniere generale dello Stato

**rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.
mef.gov.it**

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome

c/o CINSEDO

conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna

Coordinatore Commissione salute

sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Piemonte

Coordinatore Vicario Commissione salute

commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Lombardia

Vice-Coordinatore Commissione salute

welfare@pec.regione.lombardia.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome di Trento e Bolzano

(CSR PEC LISTA 3)

Oggetto: Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 4-bis del Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità” e sul riparto per l’anno 2020 delle risorse di cui all’articolo 1, comma 11 del medesimo Decreto Legge n. 34/2020.

Il Ministero della salute, con nota del 19 maggio 2021, ha trasmesso la documentazione relativa alla proposta di intesa sulle Linee di indirizzo indicate in oggetto, con l’allegata Scheda di progetto, e sul riparto delle risorse per l’anno 2020, ai fini dell’acquisizione della prevista intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni.

Al riguardo, si comunica che è convocata una riunione tecnica, in modalità videoconferenza, per il giorno 8 giugno 2021, alle ore 15.00.

Pertanto, si invita a far pervenire, entro le ore 13.00 del 7 giugno p.v., agli indirizzi mail: a.catini@palazzochigi.it e l.ducci@palazzochigi.it i nominativi dei rappresentanti che parteciperanno all’incontro ed i relativi indirizzi di posta elettronica, al fine della comunicazione del link per la partecipazione alla riunione, che sarà aperta dalle ore 14.30 e raccomandando di inserire espressamente il proprio nome al fine del riconoscimento.

La documentazione relativa al provvedimento in parola è disponibile sul sito: www.statoregioni.it.

Il Capo del Dipartimento
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

P3C

Dot. CAMINI



Ministero della Salute

L'UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0008547-P-19/05/2021

I.4.c.b/2021/33



445785809

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0008245 A-4.37.2.10
del 19/05/2021



33740479

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano

statoregioni@mailbox.governo.it

e, p.c.

Al Direttore generale della
programmazione sanitaria

OGGETTO: Proposta di Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti alla sperimentazione di strutture di prossimità e relativa scheda di progetto, ai sensi dell'art. 1, comma 4-bis, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77".

Si trasmette in allegato il provvedimento in oggetto per inserimento all'ordine del giorno della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Il Capo di Gabinetto
Pres. Goffredo Zaccardi

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti alla sperimentazione di strutture di prossimità e relativa scheda di progetto, ai sensi dell'art. 1, comma 4-*bis*, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77".

Rep. Atti n. _____

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nella odierna seduta del _____

VISTO l'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, il quale dispone che le aziende sanitarie, tramite i distretti, implementino le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti, per i pazienti in isolamento, garantendo adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza, nonché il supporto per le attività logistiche di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali;

VISTO il comma 4, del richiamato articolo il quale prevede che le regioni e le province autonome incrementino ed indirizzino le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti alla quarantena nonché per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale con situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017;

VISTO il comma 4-*bis*, del richiamato articolo il quale prevede che, ai fini della realizzazione degli obiettivi di cui ai commi 3 e 4 del medesimo articolo, il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province Autonome di Trento e di Bolzano, coordini la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro;

VISTO il medesimo comma 4-*bis*, il quale altresì dispone che i progetti proposti dalle regioni e province autonome debbano prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità;

VISTO l'articolo 1, comma 11, del citato decreto-legge il quale prevede che per l'attuazione dei commi 2, 3, 4, 4-*bis* e 8 è autorizzata, per l'anno 2020, la spesa di 838.737.983 euro, di cui 25 milioni di euro per la sperimentazione di cui al comma 4-*bis* e che, per le finalità di cui ai commi 4, 4-*bis* e 8, a decorrere dall'anno 2021, all'onere complessivo di 766.466.017 euro, di cui 25 milioni di euro per l'anno 2021 per la sperimentazione di cui al comma 4-*bis*, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno di riferimento;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 che reca “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

RITENUTO necessario definire le finalità, i criteri nonché le modalità per la realizzazione della sperimentazione delle strutture di prossimità per il biennio 2020-2021;

RITENUTO opportuno prevedere che il Ministero della Salute possa avvalersi di esperti della materia per promuovere e monitorare la sperimentazione ed effettuare la valutazione finale dei risultati conseguiti sulla base delle relazioni presentate dalle regioni e province autonome;

CONSIDERATO che, nel corso dell’odierna seduta, le Regioni hanno espresso avviso favorevole all’intesa in parola;

ACQUISITO l’assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sul documento recante “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità” (Allegato 1) e sulla Tabella relativa al riparto delle risorse per le strutture di prossimità anno 2020 (Allegato 2), parti integranti del presente atto;

SI CONVIENE

il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concordano sulle procedure per la presentazione dei progetti da parte delle Regioni e delle Province Autonome da finanziare, con la quota prevista, di cui all’articolo 1 comma 11, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, nei termini di seguito riportati:

- a) al fine di accedere al finanziamento, le Regioni e le Province autonome devono presentare al Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, via posta certificata (dgprog@postacert.sanita.it), entro 60 giorni dall’acquisizione della presente Intesa, la delibera o atto equivalente che approva il progetto, L’attività di sperimentazione si dovrà concludere entro il 31 dicembre 2022, salvo eventuali proroghe dei termini anche in relazione alla situazione emergenziale derivante dalla diffusione del virus SARS-CoV-2. Il progetto viene elaborato in coerenza con la “scheda di progetto” inserita nelle linee guida dell’Allegato 1, parte integrante della presente Intesa;
- b) il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria valuta i progetti e chiede, se necessario, integrazioni o chiarimenti. I progetti sono considerati approvati se non vengono richieste integrazioni o chiarimenti entro 60 giorni dalla data di ricevimento della documentazione;
- c) le Regioni e le Province autonome, entro 45 giorni dalla conclusione delle attività progettuali trasmettono, ai Ministeri della salute e dell’economia e delle finanze, una relazione illustrativa delle attività messe in atto e la “scheda dei risultati raggiunti” utilizzando il format inserito nell’Allegato 1, parte integrante della presente Intesa;
- d) il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, effettua la valutazione finale dei risultati conseguiti sulla base delle relazioni e delle schede dei risultati presentate dalle Regioni e Province Autonome a conclusione della sperimentazione e ne comunica l’approvazione al Ministero dell’economia e finanze per l’erogazione della quota residua di finanziamento;

- e) l'accesso alle quote di finanziamento dei progetti delle Regioni e Province autonome, previste dall'art. 1 comma 11 del decreto legislativo 34/2020 convertito in legge n. 77/2020 e riportate nell'Allegato 2 che costituisce parte integrante della presente Intesa, avviene con le seguenti modalità:
- 25 milioni di euro già erogati nell'anno 2020, a valere sulle risorse ripartite ai sensi dell'articolo 1, comma 11 del decreto-legge 34/2020 convertito in legge n. 77/2020, in base alle quote di accesso per il medesimo anno 2020
 - 25 milioni di euro a cui si provvede mediante apposito accantonamento da operarsi a valere sulle quote vincolate di Fondo sanitario nazionale per gli obiettivi di piano di cui all'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, con ripartizione per quota di accesso per l'anno 2021. L'erogazione delle quote spettanti avverrà dopo la valutazione positiva dei risultati raggiunti, a seguito dell'approvazione della Relazione finale di cui al punto d);
- f) a tali finanziamenti accedono tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario rilevato per l'anno 2020 e 2021;
- g) la mancata presentazione dei progetti o della relazione finale compresa la "scheda dei risultati raggiunti", entro i termini stabiliti dalla presente Intesa, comporterà per la regione interessata la mancata erogazione della quota ad essa spettante nell'anno 2021. Le risorse rese disponibili per effetto della mancata erogazione della quota spettante alla regione sono integralmente riattribuite in maniera proporzionale, dal Ministero della salute, alle Regioni e Province Autonome che abbiano presentato i propri progetti e ottenuto una valutazione positiva dei risultati raggiunti. Le Regioni e Province Autonome che riceveranno tali ulteriori risorse dovranno integrare conseguentemente i propri progetti inserendo le ulteriori attività da svolgere a valere sulle risorse aggiuntive loro assegnate e presentare una relazione finale aggiuntiva entro 30 giorni dal termine delle attività di estensione progettuale.

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali
sulla sperimentazione di strutture di prossimità**

*ai sensi dell'articolo 1, comma 4-bis, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34,
convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.*

Sommario

Premessa	2
Pianificazione del progetto	4
Bibliografia	7
Scheda di progetto.....	8
Scheda dei risultati.....	11

Premessa

Nell'ambito del rafforzamento dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, resosi necessario anche in considerazione dell'attuale emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus *SARS-CoV-2*, particolare rilievo assume l'implementazione ed il potenziamento delle azioni di promozione, prevenzione, terapeutiche ed assistenziali a livello domiciliare, rivolte sia ai pazienti in isolamento o sottoposti a quarantena, sia a tutti i soggetti con situazioni di fragilità tutelate nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 - "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*").

In tale contesto, l'art. 1, comma 4-bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, intende sperimentare, per la durata di un biennio, strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle diverse categorie di soggetti fragili. L'obiettivo ideale è promuovere il benessere, la qualità della vita e l'autonomia di tutte le persone con particolare attenzione a quelle fragili, prevenire l'aggravamento delle patologie e il mantenimento dell'autonomia, evitare ricoveri impropri e favorire la permanenza nel loro contesto di vita nel rispetto prioritario della cultura della domiciliarità della persona. Una domiciliarità aperta, che si connette con la prossimità dei servizi, come interlocutori vicini alle persone e alle famiglie e ai loro tempi e spazi quotidiani, servizi capaci di interventi competenti e specializzati, ma anche di sostegno ed accompagnamento, aperti all'ascolto, capaci di essere animatori ed attivatori delle reti sociali, familiari, di vicinato e di comunità.

Le persone fragili, ad esempio quelle affette da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, necessitano di cure e di assistenza continua in relazione agli specifici bisogni di salute; correlatamente occorre definire servizi tempestivi e flessibili, in grado di adattarsi a mutevoli esigenze, e volti non solo alla cura delle malattie ma a preservare la qualità di vita delle persone, nel pieno rispetto della loro dignità. La condizione delle persone fragili risulta aggravata dall'emergenza in corso, la quale ha generato delle conseguenze di carattere medico e psicosociale su soggetti che rischiano sia di essere ulteriormente isolati dal contesto sociale sia di vedere accrescere i propri limiti fisici, di cura e di assistenza.

In quest'ottica, si intende promuovere la sperimentazione di strutture di prossimità quali soluzioni di comunità, che integrino le componenti sociali, socio-sanitarie e sanitarie, che sono concepite ed organizzate sui bisogni e sulle prospettive fisiche, intellettuali, culturali e sociali delle singole persone a cui si rivolgono. Ogni persona, infatti, è un unicum ed i suoi bisogni, dovrebbero costituire la base per pianificare i servizi, gestire l'assistenza, formare il personale di cura e di assistenza e monitorare la qualità dei servizi offerti.

Le strutture di prossimità sono ispirate al principio della salute come benessere globale della persona, sono il luogo della piena integrazione sociale e sanitaria i servizi garantiti dalla struttura sono programmati con una strategia che prevede l'integrazione degli aspetti sanitari e assistenziali con quelli sociali, compresi quelli abitativi, educativi, produttivi e culturali per sviluppare un sistema di welfare di comunità efficace e condiviso, basato sulla reciprocità e sul riconoscimento della complessità dei bisogni delle persone. Allo scopo di garantire un governo integrato tra tutti i contributi, va valorizzato il coinvolgimento e il ruolo delle istituzioni presenti sul territorio, del volontariato locale e degli enti del terzo settore privi di scopo di lucro.

I servizi forniti dalle strutture di prossimità favoriscono la domiciliarità e riducono l'istituzionalizzazione, con l'obiettivo principale di preservare il benessere e la capacità di vivere, per consentire alla persona di far fronte ai propri limiti e di poter mantenere, il più possibile, il "controllo" della propria vita. La struttura di prossimità

deve essere orientata al miglioramento della salute, del benessere e dell'indipendenza delle persone fragili, tenendo conto anche dei benefici per le loro famiglie, per le persone che li assistono e per la comunità. La salute, infatti, oltre ad essere un diritto individuale fondamentale, va connotata come benessere globale e non solo come assenza di malattia e, in questi termini, è un bene comune per lo sviluppo sociale ed economico della comunità: *“la salute è creata e vissuta dalla gente negli ambienti in cui le persone vivono la vita di tutti i giorni, dove imparano, lavorano, giocano e amano”* (OMS 1986 e 2016). Le strutture di prossimità permettono anche l'interconnessione delle esperienze, la costruzione di opportunità di scambio, la definizione di orizzonti nuovi e diversi da quelli che i singoli servizi o le persone possono mettere in campo. Si deve poter connettere tutte le esperienze di cura e di sviluppo della salute delle comunità introducendo forme di governo unitario nei valori e nelle finalità in modo che le fragilità delle persone non producano condizioni di emarginazione ad alcun livello. In questo senso è necessario considerare la “domiciliarità” come la forma di garanzia per la salute nelle diverse condizioni e fragilità (dalla propria abitazione alle diverse forme di residenzialità protetta).

La “struttura” non è necessariamente un luogo fisico, ma piuttosto un modello organizzativo di aggregazione funzionale che riguarda l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, le esperienze di cura domiciliari e in ambienti protetti, le diverse forme di promozione e prevenzione realizzati con il coinvolgimento di differenti professionalità in una logica di lavoro cooperativo/complementare, quindi multidisciplinare e multi professionale. La “struttura” prevede un'ampia gamma di servizi con l'obiettivo di soddisfare, in maniera appropriata, i bisogni delle persone cui si rivolge, potenzialmente tutti i cittadini della comunità di riferimento.

Il termine “di prossimità” specifica che la struttura deve essere il più possibile vicina alla persona assistita, favorendone la permanenza, se possibile, negli abituali luoghi di vita. Prossimità va intesa come luogo accessibile di relazione, scambio, sintesi, in cui vengono costruite le condizioni di salute e di benessere della comunità.

Le strutture di prossimità possono rappresentare l'evoluzione delle sperimentazioni e delle realtà già consolidate che sono attualmente presenti in molte regioni; la presente sperimentazione costituisce un'opportunità per la definizione di un profilo di servizi territoriali sanitari, sociosanitari innovativi integrati con i servizi sociali.

A tal proposito, giova ricordare la sperimentazione del modello assistenziale “Case della salute” di cui al decreto del Ministero della Salute 10 luglio 2007, il quale individuava le stesse come *“strutture polivalenti in grado di erogare l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, rappresentando così la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie”* e ancora *“il luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito”* e dove, in sintesi, si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale.

Aldilà delle denominazioni da attribuire alla struttura, appare proprio questo l'ambito nel quale dare applicazione alla sperimentazione in oggetto, poiché in questo contesto appare possibile sperimentare un passaggio dalle semplici prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali ad un vero e proprio progetto di salute della comunità di riferimento con al centro la persona, a partire da quella più fragile.

Si tratta, pertanto di diverse tipologie di strutture di prossimità, che possono riguardare case della salute aperte alla comunità, forme di co-housing, centri servizi a sostegno della domiciliarità o altre forme di domiciliarità protetta, tramite progetti di cura personalizzati che coinvolgono professionalità sanitarie, sociali e della comunità, anche rafforzati da specifici budget di salute.

I servizi delle strutture di prossimità devono essere facilmente accessibili, con una particolare attenzione alle situazioni di marginalità, allo scopo di cogliere anche i bisogni inespresi della popolazione. L'informazione e la consulenza sui servizi e sulla loro disponibilità va garantita in maniera imparziale: le informazioni devono essere affidabili, aggiornate e disponibili non solo su richiesta, ma anche tramite strumenti di comunicazione pubblicamente accessibili come linee di assistenza telefonica, volantini, siti web, con un utilizzo delle forme di comunicazione offerte dai nuovi social-media considerando le diverse attitudini per classi di età, accessibilità ed altro. Gli utilizzatori dei servizi devono essere informati su qualsiasi cambiamento prevedibile e sulle possibili soluzioni alternative, qualora venisse richiesto.

Devono essere opportunamente sviluppate le diverse tecnologie a supporto dei servizi e a garanzia della tempestività e affidabilità dell'offerta, quali telemedicina, uso di app e altre forme di tecnologia digitale. Devono, inoltre, essere adottate modalità di intervento che consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche sulla base degli obiettivi definiti dai progetti di presa in carico globale della persona, attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità, per un utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili.

L'erogazione dei servizi deve essere ottimizzata sulla base di valutazioni periodiche e di specifici controlli che tengano anche conto del *feedback* degli utenti e delle parti interessate in un'ottica di continuo miglioramento. I risultati dei controlli e le valutazioni della qualità devono essere pubblicati su siti accessibili al pubblico, nel rispetto delle normative sulla protezione dei dati personali, ed essere facilmente raggiungibili dagli utenti in qualsiasi momento.

L'accesso alle cure e all'assistenza dovrebbe essere fornito gratuitamente o ad un prezzo accessibile all'individuo, senza alcun compromesso per la sua qualità di vita, dignità e libertà di scelta, nel rispetto del principio dell'accesso universale alle cure e all'assistenza. La dichiarazione congiunta OMS/ONU del 27 giugno 2017 rammenta che un principio cardine dell'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile è quello di *"garantire che nessuno sia lasciato indietro"* e di *"raggiungere innanzitutto chi sta più indietro"*. Gli organismi delle Nazioni Unite, infatti, riconoscono che la discriminazione in sanità costituisce una barriera fondamentale da superare per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile.

A questo proposito diventa cruciale lo sviluppo di strumenti di coinvolgimento delle persone. È fondamentale definire programmi formativi per gli operatori dei servizi, del volontariato e del terzo settore utilizzando anche modalità innovative (ad esempio formazione sul campo, laboratori di cittadinanza e di partecipazione attiva dei cittadini, etc.). Per promuovere un modo nuovo, partecipato, di supporto e valorizzazione della persona è indispensabile promuovere una trasformazione culturale tra gli operatori e nelle comunità, che può trovare nei progetti un primo forte riferimento anche se richiede consolidamento in tempi più ampi.

Pianificazione del progetto

Nell'elaborazione e attivazione del progetto, le regioni e province autonome sono tenute a compilare tutti i campi presenti nella scheda di progetto e ad individuare uno o più ambiti di interesse con i relativi obiettivi, indicatori, tempi di realizzazione, risultati attesi e risorse impiegate.

Parole chiave

Centralità e dignità della persona. Salute come bene comune. Welfare. Comunità. Partecipazione. Bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza. Prevenzione e riabilitazione. Continuità delle cure. Domiciliarità. Disponibilità. Accessibilità. Orientamento al risultato basato sull'evidenza. Trasparenza. Comunicazione e sensibilizzazione. Budget di salute. Invecchiamento attivo. Fragilità

Finalità del progetto

Sperimentazione, per un biennio, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione sanitaria e sociale, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità.

Condizioni necessarie e preliminari per la partecipazione

- presenza di un contesto in cui siano già presenti elementi di operativa collaborazione tra l'azienda sanitaria, gli enti locali e le altre istituzioni presenti sul territorio (es. terzo settore, volontariato);
- formalizzazione di atti che diano concretezza alla rete e alle alleanze tra istituzioni, cittadini e professionisti;

- forme di integrazione sociosanitarie già attive che possano costituire la base della sperimentazione;
- modalità innovative di domiciliarità alternative alla residenzialità (domiciliarità come percorso culturale volto a preservare il contesto di vita e di dignità della persona);
- ricorso a strumenti innovativi quali il budget di salute individuale e di comunità;
- progettualità che consentano la valutazione dei risultati ottenuti;
- cofinanziamento, diretto o indiretto.

Conoscenza del contesto

- Individuazione del territorio di riferimento nel quale viene sviluppato il progetto: comuni, distretti, tipologia di servizi presenti (sociali e sanitari), presenza di associazioni di volontariato, aggregazioni, ecc.
- Analisi epidemiologica della popolazione interessata su un anno individuato come riferimento (dimensione e struttura della popolazione, condizioni socio-economiche, condizioni di salute, fragilità sanitaria, fragilità sociale e marginalità, soggetti in assistenza domiciliare e nelle residenze; ecc.) allo scopo di definire profili di comunità per la individuazione delle problematiche e delle risorse di ogni comunità:
- Valutazione della sostenibilità socio-sanitaria e della partecipazione sociale, con identificazione dei possibili problemi e individuazione delle soluzioni.

Descrizione delle esperienze esistenti a livello regionale

Descrizione puntuale delle esperienze di integrazione sociosanitarie che possano costituire la base della sperimentazione. Pertanto, le attività già svolte rappresentano, oltre a una condizione per la partecipazione, un contributo al progetto e non il risultato.

Definizione degli obiettivi del progetto

I progetti proposti devono garantire il raggiungimento di uno o più dei seguenti obiettivi:

- Far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza, con particolare attenzione alle categorie di persone fragili.
- Porre in essere azioni di promozione, preventive, curative e sociali che raggiungano concretamente le persone ad alto rischio di vulnerabilità.
- Tenere in considerazione e rispettare il libero arbitrio e le scelte di vita delle persone per il breve e lungo termine.
- Supportare il più possibile l'autonomia, anche attraverso l'adattamento domestico e l'assistenza infermieristica e/o riabilitativa.
- Individuare modalità, anche innovative di domiciliarità alternative alla residenzialità (es. domiciliarità come percorso culturale volto a preservare il contesto di vita e di dignità della persona).
- Sperimentare forme di governo delle diverse tipologie di assistenza protetta alle fragilità sociali, psichiatriche e sanitarie come strumenti di risposta in termini di domiciliarità allargata, dove la storia di ognuno è valorizzata e rispettata;
- Prevenire le malattie correlate all'età e all'isolamento sociale.
- Concentrarsi sulla salute e sulle capacità della persona, non sulla sua malattia o sulle incapacità.
- Prevedere che, quando la persona non possa accedere al servizio, il servizio arrivi alla persona o il suo accesso sia agevolato da un servizio di intermediazione.
- Realizzare un coordinamento dei servizi, ad esempio qualora la persona venga ospedalizzata o dimessa da un ricovero.
- Evitare la creazione di lunghe liste d'attesa sviluppando la responsabilità di ciascuno verso il bene comune salute.
- Sviluppare tutti gli interventi che possono favorire la consapevolezza sociale intorno alla salute e alle diverse fragilità: dall'utilizzo dei social come strumento di relazione verso specifici gruppi di persone (es. giovani), a strumenti di sostegno alle reti sociali di auto mutuo aiuto, alle forme di sostegno alle fragilità (es tele assistenza e tele soccorso) all'utilizzo delle nuove tecnologie sanitarie che vanno sotto il nome di telemedicina come strumento di superamento delle barriere fisiche e di facilitazione dell'interconnessione dei dati
- Promuovere la realizzazione di interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività (progettuali) con la comunità e le sue Istituzioni formali e informali.
- Sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale.

- Rendere trasparente la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate.
- Dotarsi di strumenti sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati.
- Dotarsi di strumenti innovativi quali il budget di salute individuale e di comunità.
- Contribuire a individuare indicatori di salute di comunità nella logica del benessere globale (legati alla coesione sociale e allo sviluppo del capitale della comunità) e creare modalità di valutazione delle risorse (formali e informali) nella logica della sostenibilità sociale, economica e tecnica

Risultati attesi

Realizzare un modello organizzativo o una struttura che:

- permetta, per le persone più fragili, di realizzare percorsi di continuità delle cure e di integrazione socio-sanitaria;
- dia ai soggetti fragili uguali opportunità di vivere con dignità e di superare le problematiche legate alla propria condizione di vulnerabilità;
- sia in grado di fronteggiare situazioni di emergenza (alluvioni, pandemie, terremoti, ecc.);
- garantisca la relazione e la valorizzazione di tutti i contributi, delle persone e delle diverse esperienze: ognuno "si sente a casa", contribuisce al progetto e presidia il cammino;
- favorisca, ricerchi e solleciti lo scambio, il confronto tra punti di vista, tra segmenti diversi della vita comunitaria come condizione per il progetto sociale comune;
- dia voce alle differenze, come ricchezza presente nelle diverse comunità, e sappia ricomporre i diversi frammenti che possono contribuire al benessere di una comunità.
- Permetta di presidiare la salute della comunità con indicatori nuovi, non solamente legati alle prestazioni.

Punti di forza

Evidenziare i punti di forza del progetto che ne garantiscono l'effettiva realizzazione e indicare le strategie/azioni che ne permetteranno l'implementazione.

Punti di debolezza

Individuare le criticità che potrebbero insorgere e indicare le strategie/azioni previste per la loro riduzione o risoluzione.

Durata complessiva del progetto

L'orizzonte temporale del progetto è un biennio, con riferimento agli anni 2020-2021, come previsto dalla norma in vigore, art. 1, comma 4-bis del D.L. 34/2020 come introdotto dalla legge di conversione L. 77/2020, e salvo eventuali proroghe anche in relazione alla situazione emergenziale. Descrivere le fasi e le azioni previste per tutta la durata di progetto, riportando le stesse nel diagramma di Gantt. Definire, per ciascuna azione individuata, indicatori di esito e di processo.

Indicatori

Le regioni e le province autonome sono invitate a individuare indicatori ad ampio spettro riferiti alle attività previste e volti a rilevare gli esiti oltre che gli elementi di processo. Pertanto, gli indicatori si riferiranno ai percorsi avviati o in evoluzione rispetto all'esistente, per esempio:

- Mappatura, in forme diverse, delle "fragilità" sociali e sanitarie (numero di soggetti fragili seguiti sul totale dei soggetti fragili presenti sul territorio, ecc.).
- Controllo dei percorsi di cura di alcune "fragilità" (numero percorsi attivati, ecc.);
- Utilizzo della telemedicina e della teleassistenza (% utenti seguiti rispetto al totale di utenti affetti dalla patologia oggetto del servizio nel territorio di interesse, ecc.).
- Rapporto con la comunità (incontri pubblici, gruppi permanenti per l'ascolto realizzati, forum di cittadinanza effettuati, livelli di partecipazione, ecc.).
- Coinvolgimento delle Associazioni del territorio (associazioni coinvolte; punti di accoglienza, ascolto e orientamento realizzati; eventi di promozione ed educazione realizzati e numero di partecipanti, ecc.).

- Rilevazione della partecipazione/soddisfazione dei cittadini e delle proposte di miglioramento dei sistemi di offerta (questionari somministrati, segnalazioni pervenute, ecc.).
- Domande evase, sia nella dimensione temporale sia per appropriatezza e per il lavoro multi professionale svolto.
- Formazione specifica, anche con modalità innovative, per i professionisti della sanità, dei servizi socio-assistenziali e per le persone della comunità, associazioni e/o familiari (ad esempio formazione sul campo, laboratori di partecipazione attiva dei cittadini, etc).
- Eventi di informazione rivolti ai cittadini.
- Creazione di strumenti (es. "cruscotti") per il monitoraggio del volume delle prestazioni erogate e delle attività intraprese, delle forme di integrazione e dei risultati ottenuti.
- Rilevazione delle modificazioni sociali intervenute con le azioni di sistema in coerenza con gli obiettivi dell'Agenda 2030 dell'ONU.

Costi di realizzazione del progetto e risorse disponibili

Indicare i costi di realizzazione del progetto, distinti per tipologia (coordinamento, formazione, gestione, ecc.). Indicare le risorse disponibili per la realizzazione del progetto, con la relativa fonte.

Trasferibilità

Indicare in quale altra realtà o contesto è trasferibile o replicabile il progetto o parte di esso.

Bibliografia

- Global Humanitarian Response Plan Covid-19. United Nations Coordinated Appeal. April – December 2020.
- La salute cerca casa. Manifesto per una comunità protagonista del proprio benessere. S. Landra, M. Ravazzini, F. Prandi. Editore: Derive Approdi. Anno 2019.
- Convegno alla Camera dei Deputati. Presentazione del manifesto "Salute bene comune - per un'autentica casa della salute". Presidenza dell'On. Graziano Del Rio. 9 luglio 2019.
- È tutta salute. In difesa della sanità pubblica. Nerina Dirindin. EGA-Edizioni Gruppo Abele. Anno 2018.
- Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità. Franco Riboldi. Anno 2018.
- Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità. Presentazione disegno di comunità alla XII Commissione Permanente del Senato (Igiene e Sanità). Gruppo interregionale "Casa della Salute". Anno 2017.
- Casa della Salute/Comunità. Maurizio Bonati. Anno 2016.
- Le case della salute. Innovazione e buone pratiche. Antonio Brambilla, Gavino Maciocco. Collana: I tascabili. Anno 2016.
- Obiettivi per lo sviluppo sostenibile. Risoluzione ONU adottata il 25 settembre 2015. <http://www.salute.gov.it/>.
- Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità). Ministro della Salute Renato Balduzzi.
- Progetto BES, Benessere equo e sostenibile. ISTAT dall'anno 2010. <https://www.istat.it/>.
- Etica della cura. Don Virginio Colmegna, Maria Grazia Guida, Alberto Ferrari e Cristina Sampietro. Anno 2010.
- WHO, Commission on Social determinants of Health, Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health, Final report, 2008.
- Decreto Ministero della Salute 10 luglio 2007 (allegato A: "Sperimentazione del modello assistenziale Case della Salute"), attuativo della Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007). Ministro della salute Livia Turco.
- J. E. Stiglitz, La globalizzazione e i suoi oppositori Einaudi, Torino 2002.

Scheda di progetto

SCHEDA DI PROGETTO			
1	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO		
2	REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA RESPONSABILE DEL PROGETTO		
3	REFERENTE RESPONSABILE DEL PROGETTO	<i>Cognome</i>	
		<i>Nome</i>	
		<i>Responsabile</i>	
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e- mail</i>	
4	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	○ <i>Risorse assegnate con decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77</i>		
	○ <i>Risorse regionali/P.A. aggiuntive</i>		
	○ <i>Risorse ulteriori</i>		
5	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	○ <i>Costi per il coordinamento</i>		
	○ <i>Costi per la formazione</i>		
	○ <i>Costi gestione progetto</i>		
	○ <i>Costi</i>		
	○ <i>Costi</i>		
6	DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E RELATIVO STUDIO EPIDEMIOLOGICO		

7	DESCRIZIONE DELLA/E ESPERIENZA/E ESISTENTE/I A LIVELLO REGIONALE/P.A.	
---	--	--

8	OBIETTIVI	
---	------------------	--

9	RISULTATI ATTESI	
	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i>	
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto</i>	

10	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione

11	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione

11	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista
			31 dicembre 2022

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di esito/processo

DIAGRAMMA DI GANTT													
14	Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9

TRASFERIBILITÀ		
15	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita

Scheda dei risultati

REPORT dei RISULTATI RAGGIUNTI SULLA SPERIMENTAZIONE DI STRUTTURE DI PROSSIMITA'					
REGIONE/P.A.	TITOLO DEL PROGETTO	DESCRIZIONE ANALITICA SULLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
		Periodo in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambini di intervento - sanitari e socio-sanitari	Risultati degli Indicatori di verifica previsti (relativi al punto 13 della scheda progetto)
	DATA INIZIO PROGETTO				
	DATA PRESENTAZIONE DEI RISULTATI				
	Relazione sulla sperimentazione e in particolare tra obiettivi fissati dal progetto e risultati ottenuti dalle attività svolte				
	budget pianificato				
	budget effettivo				
	prospettive di follow-up				

Riparto risorse per le strutture di prossimità anno 2020

(quota parte di quelle indicate nell'Allegato A del DL 34 del 2020, convertito nella legge 77/2020 - Art.1 comma 4 bis)

D.L. 34/2020 convertito nella L. 77/2020, art. 1, comma 11 - attuazione del comma 4 bis			
cod reg	Regioni	Quota d'accesso ANNO 2020	IMPORTO STRUTTURE DI PROSSIMITA' IN BASE A QUOTA ACCESSO FONDO 2020
010	PIEMONTE	7,36%	1.841.194,66
020	V D'AOSTA	0,21%	52.511,25
030	LOMBARDIA	16,64%	4.161.056,63
041	BOLZANO	0,86%	214.551,23
042	TRENTO	0,89%	222.557,97
050	VENETO	8,14%	2.035.454,17
060	FRIULI	2,06%	516.108,36
070	LIGURIA	2,68%	670.192,47
080	E ROMAGNA	7,46%	1.864.481,30
090	TOSCANA	6,30%	1.574.753,62
100	UMBRIA	1,49%	372.506,77
110	MARCHE	2,56%	640.836,50
120	LAZIO	9,68%	2.419.591,69
130	ABRUZZO	2,19%	547.450,69
140	MOLISE	0,51%	128.298,70
150	CAMPANIA	9,30%	2.325.454,30
160	PUGLIA	6,62%	1.655.438,41
170	BASILICATA	0,93%	233.593,82
180	CALABRIA	3,19%	797.628,06
190	SICILIA	8,16%	2.040.355,22
200	SARDEGNA	2,74%	685.984,16
TOTALE		100,00%	25.000.000,00