REGIONE MARCHE
Giunta regionale

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

n. 1294 del 25 ottobre 2021

Oggetto: Approvazione del progetto regionale sulla sperimentazione di strutture di prossimità, secondo le linee di indirizzo dell'Intesa del 4 agosto 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 134/CSR).

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla P.F. Territorio ed Integrazione ospedale territorio dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della P.F. Territorio ed Integrazione ospedale territorio e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

- di approvare il progetto regionale sulla sperimentazione di strutture di prossimità, dettagliato nell'Allegato A, secondo le linee di indirizzo dell'Accordo del 4 agosto 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 134/CSR), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di dare mandato all'ASUR – Area Vasta 5, previo parere favorevole del Ministero della Salute, di realizzare il progetto entro il 31 dicembre 2022;
- di stabilire che entro 30 giorni dalla conclusione delle attività progettuali, L'ASUR - Area Vasta 5 trasmetta alla competente P.F. Territorio, Integrazione Ospedale –Territorio dell'Agenzia Regionale Sanitaria, una relazione illustrativa delle attività messe in atto e la "scheda dei risultati raggiunti" utilizzando il format contenuto nell'Allegato A;

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Francesco Maria Nocelli)

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Francesco Acquaroli)

Documento informatico firmato digitalmente

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- Legge Regionale n. 32 del 1dicembre 2014 “Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia”;
- DGR n. 110 del 23/02/2015 “Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Istituzione e modalità operative dell'Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O.SeS)”;
- DGR n. 111 del 23/02/2015 “Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali”;
- DGR n. 328 del 20/04/2015 “Approvazione dei criteri di riparto e delle modalità di utilizzo del Fondo per gli anziani non autosufficienti”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 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”;
- Decreto Del Dirigente Della P.F. Innovazione, Ricerca E Competitività n. 70 del 06/07/2018 “POR Marche FESR 2014-2020 - asse 8 – OS 22 - azione 22.1 – intervento 22.1.1 “Sostegno allo sviluppo e alla valorizzazione delle imprese sociali nelle aree colpite dal terremoto” – Bando 2018 - Approvazione bando e prenotazione impegno € 6.000.000,00”
- Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, con la Legge 17 luglio 2020, n. 77, “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- 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 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. (Rep. Atti n. 134/CSR del 04 agosto 2021).

*Motivazione ed esito*

L’emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19 ha portato in primo piano una

questione della quale già da tempo si avvertiva l'importanza: la necessità di elaborare nuovi modelli di presa in carico del paziente, soprattutto per la gestione di quelli cronici e dei più fragili, implementando e potenziando la "domiciliarità", rivolta non solo ai pazienti in isolamento o sottoposti a quarantena, ma anche a tutti i soggetti con situazioni di fragilità tutelate nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, di cui al Capo IV del DPCM del 12 gennaio 2017.

Pertanto, nell'ambito del rafforzamento dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, 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.

Il Ministero della Salute coordina la sperimentazione delle suddette strutture di prossimità, 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. Si dispone, quindi, che le Regioni e Province autonome presentino dei progetti che prevedano modalità di intervento per ridurre le scelte di istituzionalizzazione, favorire la domiciliarità e consentire la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità.

Nella seduta del 04 agosto 2021, la Conferenza Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, ha sancito Intesa sul documento recante "Linee di indirizzo per la 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 (Rep. Atti n. 134/CSR).

Secondo l'Intesa sopra citata, le Regioni e le Province autonome devono presentare al Ministero della Salute, entro 90 giorni dall'Intesa, la delibera o atto equivalente che approva il progetto.
Il Ministero della Salute 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.
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. Infine, 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",
Il Ministero della Salute 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.
L'Intesa 134/CSR, in merito alle risorse destinate alla sperimentazione alla lettera e. riporta

che “le risorse di cui all’articolo 1 comma 11 del decreto legislativo 34/2020 convertito in legge n. 77/2020, pari a 25 milioni di euro per l’anno 2020 e 25 milioni di euro per l’anno 2021, destinate alla sperimentazione delle strutture di prossimità, sono ripartite tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in base alle rispettive quote di accesso al finanziamento del SSN per gli anni di riferimento 2020 e 2021”.

Nel documento oggetto di Intesa è esplicitato che “le strutture di prossimità possono rappresentare l’evoluzione delle sperimentazioni e delle realtà già consolidate […]”. A tal proposito, la Regione Marche offre già interventi che puntano, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, a rafforzare i servizi “tradizionali” e a predisporne ulteriori, focalizzati sul mantenimento della permanenza del paziente fragile nel suo ambiente familiare e sociale (ad es. centri diurni di aggregazione sociale e di socializzazione; servizi di sollievo alle famiglie; utilizzo di strumentazioni tecnologiche per il collegamento della persona con centri di pronto intervento; utilizzo di nuove tecnologie per il miglioramento della qualità della vita all’interno della propria abitazione per l’anziano con limitata autonomia, per i familiari e per gli operatori coinvolti nel percorso di cura) e, infine, sulla longevità attiva (sostegno all’attività di volontariato e di utilità sociale, in particolare per lo sviluppo di esperienze dei gruppi di auto mutuo aiuto).

A tal fine, sul piano organizzativo, con le DGR. nn. 110, 111 e 328 del 2015 è stata disposta una maggiore integrazione tra le competenze e le azioni spettanti ai vari soggetti preposti. A questo proposito, si pensi all'istituzione di una struttura funzionale denominata Unità Operativa Sociale e Sanitaria (U.O.SeS) che racchiude a livello di Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale le diverse professionalità necessarie, al fine di migliorare la progettazione operativa e l'organizzazione; si pensi altresì ai percorsi del “governo della domanda socio-sanitaria”, al P.U.A. (Punto Unico Accesso), all’U.V.I. (Unità Valutativa Integrata), e al P.A.I. (Piano di Assistenza Individualizzata).
Considerata la composizione particolarmente anziana della popolazione regionale, le Marche hanno da tempo previsto, con la L.R. n. 32 del 2014, specifici interventi in favore degli anziani lungodegenti che devono essere presi in carico dalle strutture competenti (ASUR e servizi sociali). Inoltre, tra le iniziative in materia di integrazione vi è il Progetto Assistenza 4.0, finanziato dalla Regione, che si prefigge l’obiettivo di migliorare il benessere della popolazione residente nei territori colpiti dagli eventi sismici del 2016/2017. Il progetto prevede un'unità mobile sanitaria (ambulatorio mobile con sistemi di diagnostica di laboratorio), che consente agli operatori di svolgere attività di assistenza e soccorso a domicilio agli anziani residenti nella zona del cratere nonché, più in generale, di agevolare la prevenzione e la cura della popolazione mediante un approccio integrato tra ospedali e territorio.

Nell’ambito della Regione Marche, in particolare, nell’ASUR - Area Vasta 5 (provincia di Ascoli Piceno) le problematiche legate al progressivo invecchiamento della popolazione e al carico sulla popolazione attiva (tendenzialmente più elevati di quelli regionali) si aggiungono alle problematiche strutturali, logistiche e socio-economiche derivanti dalle caratteristiche morfologiche del territorio (specie dell’area montana) e, soprattutto, dagli eventi sismici del 2016 e del 2017, che, come noto, hanno colpito duramente tale area. D’altra parte, va evidenziato come il territorio in questione si caratterizza per un’importante e vivace presenza degli enti non profit, con esperienze di collaborazione anche con il soggetto pubblico. Enti che,

operando in sinergia con gli altri attori del territorio, potranno garantire dei percorsi più attenti alle necessità espresse dal degente e dal suo nucleo familiare, consentendo, sul lungo periodo, l'autonomia e il benessere non solo fisico, ma anche psicologico e relazionale.
Pertanto, ragionando in termini strategici, proprio le caratteristiche e le criticità del territorio di riferimento dell'Area Vasta 5 fanno di quest'ultimo il campo di prova ideale per la sperimentazione delle strutture di prossimità di cui all'art. 1, comma 4-bis del D.L. 34 del 2020 (convertito, con modificazioni, dalla L. 77 del 2020).

Pertanto, con la presente deliberazione si procede ad approvare il progetto regionale sulla sperimentazione di strutture di prossimità, dettagliato nell'Allegato A, secondo le linee di indirizzo dell'Accordo del 4 agosto 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 134/CSR), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, dando mandato all'ASUR – Area Vasta 5, di realizzare il progetto di cui all'allegato A alla presente deliberazione che dovrà concludersi entro il 31 dicembre 2022.
Il progetto sperimentale è finanziato in parte tramite le risorse già trasferite nel 2020 all'ASUR con decreto n. 17/AST del 29/12/2020, per l'anno 2021, le risorse saranno trasferite, previo parere favorevole del Ministero della Salute, nell'ambito del Fondo sanitario indistinto 2021.

L'ASUR – Area Vasta 5 dovrà entro 30 giorni dalla conclusione delle attività progettuali, trasmettere alla P.F. Territorio, Integrazione Ospedale –Territorio dell'Agenzia Regionale Sanitaria, una relazione illustrativa delle attività messe in atto e la "scheda dei risultati raggiunti" utilizzando il format contenuto nell'Allegato A.

Come previsto dall'Intesa 134/CSR/2021, il presente atto sarà trasmesso al Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria per l'approvazione del progetto sperimentale.

Per tutto quanto precede si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento
(Lucia Mielli)

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P.F. TERRITORIO ED INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Il sottoscritto considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico

della Regione Marche.
Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Per Il dirigente
(Paolo Aletti)

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.
Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Per Il Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria
(Paolo Aletti)

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

Allegato A - Scheda di Progetto .pdf - 8727403C0EB1FC8AC769E50DCA9722445EAAA83E8F7C390FC36C53743CC225A61294.pdf - B02A3958AEAAC0059AF2A733F43F680614087E3C40B72D47C1216F0EE2F91FD8

**Allegato A**

| SCHEDA DI PROGETTO | | |
|---|---|---|
| **1** | **TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO** | SPERIMENTAZIONE REGIONALE DI STRUTTURE DI PROSSIMITA' AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 4 BIS, DEL DECRETO LEGGE 19 MAGGIO 2020, N. 34, CONVERTITO, DALLA LEGGE 17/7/2020, N. 77 |

| | | |
|---|---|---|
| **2** | **REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA RESPONSABILE DEL PROGETTO** | REGIONE MARCHE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **3** | **RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO** | | |
| | **Finanziamento** | **Riferimento (delibera regionale, atto, ecc.)** | **Importo** |
| | Risorse assegnate per l'anno 2020 | | **640.000,00 euro** |
| | Risorse assegnate per l'anno 2021 | | **642.500,00 euro** |

| | | |
|---|---|---|
| **4** | **DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DI ESPERIENZE ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE /P.A.** | La regione Marche è costituita da 227 Comuni (di cui il 54% con meno di 3.000 abitanti), 9 Unioni Montane, 5 Province.<br>Sotto il profilo ambientale, l'area si caratterizza per una notevole eterogeneità dovuta alla presenza di territori montani, zone collinari e aree costiere, paesaggi industriali, rurali, e urbani.<br>La densità abitativa è pari a 162 abitanti/kmq e, quindi, è inferiore a quella nazionale (199 abitanti/kmq).<br>La popolazione è costituita da 1.518.400 residenti, per un totale di 647.448 famiglie, con una media di 2,3 componenti per famiglia. (Fonte: Le Marche in cifre, agosto 2020, http://statistica.regione.marche.it/Portals/0/Pubblicazioni/Generale/MIC%20ago%202020.pdf). In linea con la tendenza nazionale (l'Italia è uno dei paesi più longevi d'Europa) la popolazione marchigiana è costituita per la maggior parte da persone adulte e anziane.<br>La **speranza di vita alla nascita** per il **2020** è stimata in **82,9 anni**, ed è quindi più alta di quella nazionale, stimata in **82 anni**.<br>Ugualmente più elevati rispetto ai corrispondenti valori nazionali sono: l'**età media**, stimata per il **2021** a **47,1 anni**, che aumentano addirittura a **47,6** nella **provincia di Ascoli Piceno**; l'**indice di vecchiaia** (il peso della popolazione anziana sul totale della popolazione), pari a **208**; l'**indice di dipendenza strutturale** (vale a dire il carico socio-economico della popolazione attiva), pari a **60,4** e, infine, l'**indice di dipendenza anziani** (vale a dire lo squilibrio tra popolazione attiva ed anziana), pari a **40,8**. |

**Struttura popolazione - Composizione per età**

| | 2020 | | | 2021* (stima) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0-14 anni | 15-64 anni | 65 anni e oltre | 0-14 anni | 15-64 anni | 65 anni e oltre |
| **ITALIA** | **13,0** | **63,8** | **23,2** | **12,8** | **63,7** | **23,5** |
| **MARCHE** | **12,4** | **62,4** | **25,2** | **12,2** | **62,4** | **25,4** |
| **Pesaro e Urbino** | 12,7 | 62,8 | 24,5 | 12,5 | 63,0 | 24,6 |
| **Ancona** | 12,6 | 62,2 | 25,3 | 12,4 | 62,1 | 25,5 |
| **Macerata** | 12,5 | 62,0 | 25,5 | 12,3 | 61,9 | 25,8 |
| **Ascoli Piceno** | 11,7 | 62,7 | 25,6 | 11,6 | 62,5 | 25,9 |
| **Fermo** | 12,0 | 62,7 | 25,3 | 11,9 | 62,5 | 25,6 |

(Fonte: elaborazione dati Istat)

**Struttura popolazione – Indicatori demografici**

| | 2020 | | | | 2021* (stima) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Indice di dipendenza strutturale | Indice di dipendenza anziani | Indice di vecchiaia | Età media | Indice di dipendenza strutturale | Indice di dipendenza anziani | Indice di vecchiaia | Età media |
| **ITALIA** | **56,7** | **36,4** | **179,4** | **45,7** | **56,9** | **36,9** | **184,1** | **46,0** |
| **MARCHE** | **60,2** | **40,4** | **203,1** | **46,9** | **60,4** | **40,8** | **208,0** | **47,1** |
| **Pesaro e Urbino** | 59,2 | 39,0 | 192,2 | 46,6 | 58,8 | 39,0 | 196,7 | 46,7 |
| **Ancona** | 60,9 | 40,7 | 201,5 | 46,9 | 61,0 | 41,1 | 206,4 | 47,1 |
| **Macerata** | 61,3 | 41,2 | 204,6 | 47,0 | 61,7 | 41,7 | 209,0 | 47,2 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ascoli Piceno** | **59,5** | **40,8** | **218,9** | **47,3** | **60,0** | **41,5** | **224,4** | **47,6** |
| **Fermo** | 59,5 | 40,4 | 210,8 | 47,1 | 60,0 | 41,0 | 216,3 | 47,3 |

(Fonte: elaborazione dati Istat)

Riguardo alle **condizioni di salute**, negli ultimi anni, prima della pandemia di COVID 19, nelle Marche sono rimasti tendenzialmente stabili la mortalità infantile come pure la mortalità per tumore nelle fasce centrali d'età e il tasso di mortalità per demenza e malattie del sistema nervoso delle persone anziane (Fonte: BES Marche 2018, http://statistica.regione.marche.it/Portals/0/Pubblicazioni/Generale/BES%20Marche_2018.pdf).
Nel 2017 il tasso di ospedalizzazione era inferiore rispetto a quello nazionale (si attestava su 108 per 1000 abitanti, contro i 109 su 1000 abitanti a livello nazionale).

| | Marche | Italia |
|---|---|---|
| **MEDICI** di medicina generale ogni 10.000 abitanti | 7,3 | 7,2 |
| **PEDIATRI** di libera scelta per 10.000 abitanti < 14 anni | 9,0 | 9,3 |
| **MEDICI** di guardia medica per 100.000 abitanti | 21,4 | 19,3 |
| **POSTI LETTO ORDINARI** per 1.000 abitanti | 3,1 | 3,2 |
| **TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE** per 1.000 abitanti | 108,0 | 109,1 |
| **DEGENZA MEDIA** giornate | 8,3 | 8,1 |

n.b. per il 2017 i valori dei medici di guardia medica sono stati stimati. Dati provvisori.

(Fonte: Le Marche in cifre, Agosto 2020 statistica.regione.marche.it/Portals/0/Pubblicazioni/Generale/MIC%20ago%202020.pdf )
Tuttavia, l'indicatore dello stato di buona salute ha subito un peggioramento sia rispetto agli anni precedenti che rispetto al corrispondente valore nazionale.

**Stato di buona salute**

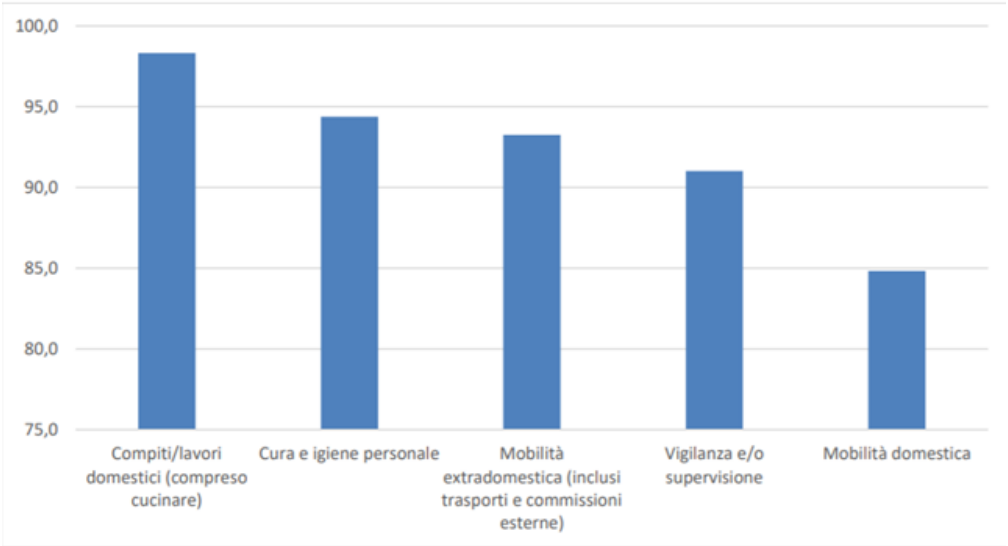
| | 2018 | 2019 |
|---|---|---|
| **ITALIA** | 68,9 | 68,8 |
| **MARCHE** | 69,5 | 67,6 |

(Fonte: elaborazione dati Annuario Statistico Italiano 2019 e 2020)

Con specifico riferimento agli **anziani non autosufficienti marchigiani**, un recente studio ha messo in evidenza la loro condizione, le loro esigenze e le modalità attraverso cui tentano di soddisfarle (Piccinini F., Gagliardi C., Lamura G., Fabbietti P., 2020, L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella Regione Marche: il punto di vista degli interessati e delle loro famiglie, Ancona, Irccs Inrca – Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, https://www.inrca.it/inrca/files/Marzio/Documenti/INRCA%20-%20Report%20sulla%20popolazione%20anziana%20non%20autosufficiente%20nella%20Regione%20Marche%20-%20Aprile%202020.pdf).

**Nell'ambito dei bisogni considerati**, spicca lo "svolgimento dei lavori domestici (inclusa la cottura dei pasti), seguito dalla cura e igiene personale, dalla gestione della mobilità extradomestica (incluso il trasporto dell'anziano ad eventuali visite mediche e lo svolgimento di commissioni varie), e dai compiti di vigilanza e supervisione (ad esempio in caso di persone con demenza non in grado di essere lasciate sole). Meno frequente, ma sempre molto diffusa (...) è infine la necessità di un sostegno per gli spostamenti all'interno dell'ambiente domestico".

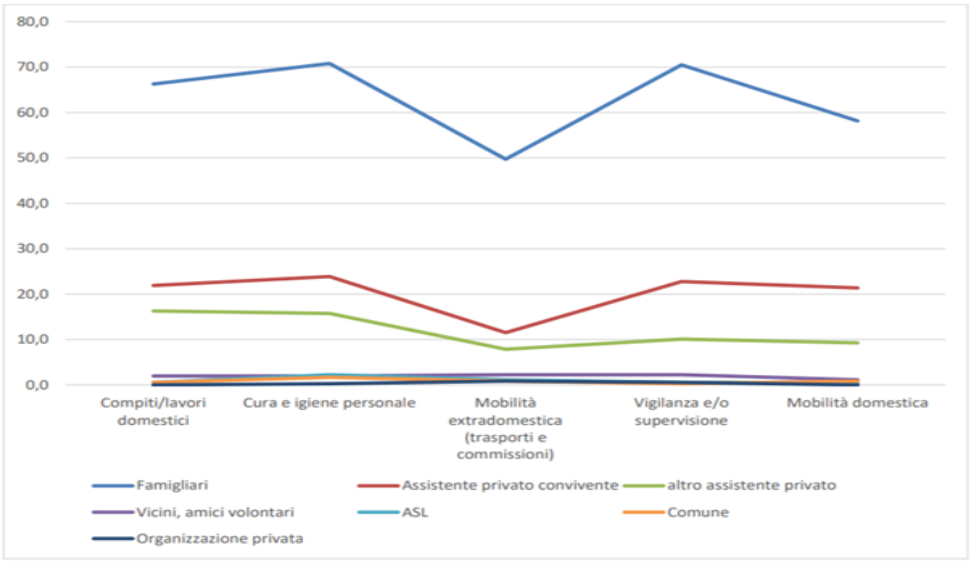
**Figura 1: Attività per le quali l'anziano ha bisogno di aiuto (%)**



(Fonte: Piccinini F., Gagliardi C., Lamura G., Fabbietti P., 2020, L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella Regione Marche: il punto di vista degli interessati e delle loro famiglie, cit.).

Importante evidenziare che ai fini del **soddisfacimento dei bisogni** sopra evidenziati, gli anziani non autosufficienti **ricorrono in modo preponderante ai familiari e alle assistenti private assunte dagli stessi anziani e/o dai loro familiari, e solo residualmente ai servizi di cura forniti da organizzazioni pubbliche (sanitarie e comunali) e private.**

**Figura 2: Da chi riceve aiuto per svolgere le diverse attività? (%)**




(Fonte: Piccinini F., Gagliardi C., Lamura G., Fabbietti P., 2020, L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella Regione Marche: il punto di vista degli interessati e delle loro famiglie, cit.).

**Riguardo ai principali servizi sanitari e sociali utilizzati**, quello più capillare (e tra i più richiesti) è costituito dai medici di medicina generale; ci sono poi gli specialisti (sia pubblici che privati), gli infermieri domiciliari, i terapisti della riabilitazione, anche a domicilio, e i servizi di trasporto.

Tab. 35: Utilizzo dei servizi: frequenza, costo e soddisfazione

| Tipo di servizio | Mai usato negli ultimi 12 mesi | Frequenza d'uso (tra chi l'ha usato nell'ultimo anno) | | | Costo medio annuale (euro) | Grado di soddisfazione | | | | Motivo dell'eventuale insoddisfazione | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Settimanale | Mensile | Meno frequente | | Molto o abbastanza insoddisfatto | Così così | Soddisfatto | Molto soddisfatto | Costo elevato | Lunghe liste d'attesa | Distanza/ carenza trasporti | Burocrazia per usarlo | Qualità inadeguata | Quantità insufficiente | Altro |
| **Ambulatoriale** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medico di base | 10,1 | 19,9 | 54,0 | 26,0 | | 4,7 | 12,7 | 61,9 | 20,6 | 2,9 | 8,6 | | | 40,0 | 17,1 | 31,4 |
| Specialista | 56,7 | 1,3 | 15,3 | 83,3 | 260 | 7,3 | 5,3 | 76,8 | 10,6 | 35,7 | 28,6 | 7,1 | 7,1 | 14,3 | | 7,1 |
| Infermiere | 89,6 | 27,0 | 16,2 | 56,8 | 98 | 2,9 | 8,8 | 79,4 | 8,8 | | | | | 100,0 | | |
| Ter. riabilitativo | 87,4 | 28,9 | 20,0 | 51,1 | 708 | 7,2 | 19,0 | 64,3 | 9,5 | | 14,3 | | 14,3 | 28,6 | 28,6 | 14,3 |
| Assist. sociale | 93,5 | 4,3 | 21,7 | 73,9 | | | 25,0 | 65,0 | 10,0 | | | | | | | |
| Altro | 98,0 | 66,7 | 16,7 | 16,7 | | | 28,6 | 42,9 | 28,6 | | | | | | | 100,0 |
| **Domiciliare** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Infermiere | 66,3 | 30,8 | 21,4 | 47,9 | 105 | 1,8 | 6,2 | 70,8 | 21,2 | | | | 25,0 | 50,0 | | 25,0 |
| Ter. riabilitativo | 84,0 | 45,5 | 21,8 | 32,7 | 1365 | 5,7 | 9,4 | 69,8 | 15,1 | 20,0 | 40,0 | | | 20,0 | 20,0 | |
| Cura personale | 95,5 | 31,3 | 31,3 | 37,5 | 265 | 7,1 | 14,3 | 57,1 | 21,4 | | | | | 100,0 | | |
| Cura della casa | 96,1 | 85,7 | | 14,3 | 2137 | 10,0 | | 80,0 | 10,0 | | | | | | | |
| Pasti a domicilio | 98,6 | 40,0 | | 60,0 | 2184 | | 33,3 | 66,7 | | | | | | | | |
| Altro | 93,8 | 9,5 | 23,8 | 66,7 | 100 | 9,0 | 4,5 | 31,8 | 54,5 | | | | | | 66,7 | 33,3 |
| **Altro servizio** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trasporto | 81,2 | 18,5 | 27,7 | 53,8 | 250 | 8,0 | 9,5 | 76,2 | 6,3 | 28,6 | 14,3 | | 42,9 | 14,3 | | |
| Centro diurno | 96,3 | 63,6 | 9,1 | 27,3 | 286 | | 16,7 | 50,0 | 33,3 | | | | | | | |
| Altro | 98,9 | 25,0 | 50,0 | 25,0 | | 25,0 | | | 75,0 | | | | | | | 100,0 |
| **Privato** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Specialista | 78,7 | | 9,5 | 90,5 | 457 | 4,1 | 9,6 | 67,1 | 19,2 | 66,7 | | | | 16,7 | | 16,7 |
| Infermiere | 95,8 | 14,3 | 28,6 | 57,1 | 97 | 13,3 | 20,0 | 33,3 | 33,3 | 66,7 | | | | 33,3 | | |
| Ter. riabilitativo | 94,1 | 70,0 | 5,0 | 25,0 | | 9,6 | 9,5 | 47,6 | 33,3 | 100,0 | | | | | | |
| Colf | 89,3 | 83,3 | 8,3 | 8,3 | 2685 | 5,4 | 8,1 | 67,6 | 18,9 | 100,0 | | | | | | |
| Residenza temp. | 98,3 | 40,0 | 20,0 | 40,0 | 10380 | 33,3 | 33,3 | 33,3 | | 50,0 | | | | 25,0 | | 25,0 |
| Altro | 97,8 | 37,5 | 25,0 | 37,5 | 970 | | 12,5 | 25,0 | 62,5 | 100,0 | | | | | | |

(Fonte: Piccinini F., Gagliardi C., Lamura G., Fabbietti P. (2020), L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella Regione Marche: il punto di vista degli interessati e delle loro famiglie, Ancona, Irccs Inrca – Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, cit.).

**Da questi dati è possibile concludere come la popolazione marchigiana, longeva e con una elevata aspettativa di vita, sia attualmente composta per una buona parte di persone anziane, notoriamente una delle categorie più fragili, con esigenze di salute e assistenza articolate e composite, il cui soddisfacimento tuttavia è garantito solo in parte dai servizi territoriali, per il resto ricadendo sulle stesse persone fragili e sulle loro famiglie, che devono quindi sopportarne i "costi" non solo economici, ma anche logistico-organizzativi e, non da ultimo, psicologici, peraltro talvolta non riuscendo comunque a rispondere in modo soddisfacente ai bisogni manifestati.**

**Tale situazione è stata ulteriormente aggravata dalla pandemia di COVID - 19** ancora in corso, che ha rappresentato e rappresenta una delle minacce più gravi degli ultimi decenni non solo per la **salute (in tal senso, si pensi che nelle Marche nel 2020 la speranza di vita alla nascita è calata di 1,4 anni)**, ma anche per **la "tenuta" delle condizioni socio-economiche dei soggetti più fragili, tra cui gli anziani,** come testimoniato dai differenziali sociali riscontrabili nell'eccesso di mortalità causato dal COVID-19, che evidenziano un aumento delle disuguaglianze sociali (cfr. ISTAT, Rapporto BES 2020, pubblicato il 10 marzo 2021, cap. Salute, consultabile all'indirizzo https://www.istat.it/it/files//2021/03/1.pdf).

Le criticità sopra descritte appaiono maggiormente marcate in alcuni territori regionali e, in particolare, in quello di riferimento **dell'Area Vasta 5 (provincia di Ascoli Piceno)**, in cui alle **problematiche legate al progressivo invecchiamento della popolazione e al carico sulla popolazione attiva** (tendenzialmente più elevati di quelli regionali: cfr. gli indicatori riportati sopra e qui di seguito) si aggiungono le **problematiche strutturali, logistiche e socio-economiche** derivanti dalle **caratteristiche morfologiche** del territorio (specie dell'area montana) e, soprattutto, **dagli eventi sismici del 2016 e del 2017**, che, come noto, hanno colpito duramente tale territorio, lacerandone il patrimonio storico, artistico, architettonico, residenziale e socio-economico ed incrementandone il processo di spopolamento e depauperamento non solo economico ma anche sociale e relazionale, peraltro già in atto da tempo a causa della permanente crisi occupazionale ed imprenditoriale.

**Provincia Ascoli Piceno- Previsioni per il 2021 (Dati da https://www.tuttitalia.it/)**

| Città | Pop. totale (residenti) | Età media | Pop. +65 | Indice di vecchiaia | Indice di dipendenza strutturale |
|---|---|---|---|---|---|
| Ascoli Piceno | 46.760 | 49,3 | 13.427 | 280,2 | 63,8 |
| Comunanza | 2.983 | 46,4 | 713 | 187,6 | 57,8 |
| San Benedetto del Tronto | 47.485 | 47,8 | 12.326 | 231,7 | 59,1 |
| Spinetoli | 7.276 | 44,9 | 1.546 | 160,7 | 52,6 |

Indice di dipendenza strutturale rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). *Ad esempio, teoricamente, ad Ascoli Piceno nel 2021 ci sono 63,8 individui a carico, ogni 100 che lavorano.*

Sotto il profilo sanitario, l'ASUR - Area Vasta 5 garantisce, mediante i due Distretti sanitari di Ascoli Piceno e di San Benedetto del Tronto, il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che offre diverse tipologie di assistenza a domicilio in relazione al bisogno.

Sotto il profilo dei servizi, nella provincia di Ascoli lo 0,3% della popolazione anziana usufruisce di servizi di assistenza domiciliare comunali e il servizio è erogato dal 63,6% dei comuni della provincia (Fonte: Il Sole 24 Ore, Qualità della vita 2018, secondo cui la spesa sociale degli enti locali è pari a 46,2 euro per abitante, e la provincia di Ascoli si colloca in 47^ posizione tra le 107 province).

In questo contesto, appare necessaria e urgente la messa in campo di azioni preordinate al miglioramento delle condizioni sociosanitarie e del tessuto sociale dell'area considerata. In particolare, emerge come necessario un approccio ai servizi integrato e attento ai bisogni e alle necessità della persona nella sua totalità. Infatti, come si evince dai dati riportati nella Figura 2 (Da chi riceve aiuto per svolgere le diverse attività?) il sostegno alla quotidianità del paziente ricade quasi esclusivamente sulle spalle della famiglia. In questo scenario, un contributo rilevante può essere fornito proprio dagli attori del Terzo Settore che, operando in sinergia con gli altri attori del territorio, potranno garantire dei percorsi più attenti alle necessità espresse dal degente e dal suo nucleo familiare, garantendo, sul lungo periodo, l'autonomia e il benessere non solo fisico, ma anche psicologico e relazionale.

**Peraltro, ragionando in termini strategici**, proprio le caratteristiche e le criticità del territorio di riferimento dell'Area Vasta 5 fanno di quest'ultimo il **campo di prova ideale** per la **progettazione e l'attivazione di iniziative sperimentali** in materia di **servizi integrati per la persona**, che ne soddisfino le esigenze **attraverso la raccolta e la sistematizzazione di tutte le risorse a disposizione, ivi incluse quelle provenienti dal privato e dal terzo settore.**

Sotto quest'ultimo profilo, va evidenziato come il territorio in questione si caratterizza per **un'importante e vivace presenza degli enti non profit, con esperienze di collaborazione anche con il soggetto pubblico.**

Tra i vari soggetti, spiccano la **Fondazione Cassa di Risparmio di Ascoli Piceno**, fondazione di origine bancaria da sempre impegnata nel perseguimento di scopi di utilità

| | | |
|---|---|---|
| | | sociale e con un'attenzione particolare a percorsi di innovazione e sperimentazione (cfr. http://www.fondazionecarisap.it/wp/wp-content/uploads/2019/11/Piano-Pluriennale-2020-2022.pdf), e **Bottega del Terzo Settore, ETS** che associa organizzazioni non profit di varia natura, con un importante ruolo di collante del tessuto non profit territoriale e di raccordo con il privato profit ed il soggetto pubblico.<br>Entrambi questi due soggetti sono attualmente coinvolti in percorsi di coprogettazione in materia di **assistenza domiciliare integrata** (coprogettazione attivata da Fondazione Carisap) e di **housing sociale** (coprogettazione attivata dal Comune di Ascoli, in cui Fondazione Carisap e Bottega del Terzo Settore sono partner).<br><br>A livello strutturale-organizzativo, i Distretti territoriali assicurano l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali, sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari che mediante l'erogazione di prestazioni di primo livello o di base, come l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ad anziani e disabili, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza e la cura delle tossicodipendenze, l'assistenza della famiglia. Nell'ambito dei distretti si collocano funzionalmente anche le articolazioni territoriali del dipartimento di salute mentale e di cure primarie, con particolare riferimento ai servizi alla persona.<br>La programmazione dell'attività distrettuale è definita attraverso il Programma delle attività territoriali (PAT) (cfr. per il distretto AV 5: https://serviziweb.asur.marche.it/GASASUR/gas.php?mod=ORG&padre=623).<br>Con specifico riferimento alle misure socio-sanitarie ed assistenziali per la non autosufficienza presenti nella regione Marche, esse possono raggrupparsi in: **prestazioni monetarie** (voucher ed assegni di cura); **prestazioni domiciliari** (supporto sanitario e/o assistenziale presso il domicilio del soggetto fragile e/o non autosufficiente); **prestazioni residenziali e semiresidenziali** (supporto sanitario e/o assistenziale presso una struttura a ciò attrezzata, ove ricoverare il soggetto non autosufficiente).<br>Considerata la composizione particolarmente anziana della popolazione regionale, le Marche hanno da tempo previsto specifici interventi in favore degli anziani lungodegenti che devono essere presi in carico dalle strutture competenti (Asur e servizi sociali) (cfr. legge n. 32 del 2014).<br>Gli interventi offerti puntano, in particolare, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, a rafforzare i servizi "tradizionali" e a predisporne ulteriori, **focalizzati sul mantenimento della permanenza nel suo ambiente familiare e sociale** (ad es. centri diurni di aggregazione sociale e di socializzazione; servizi di sollievo alle famiglie; utilizzo di strumentazioni tecnologiche per il collegamento della persona con centri di pronto intervento; utilizzo di nuove tecnologie per il miglioramento della qualità della vita all'interno della propria abitazione per l'anziano con limitata autonomia, per i familiari e per gli operatori coinvolti nel percorso di cura) e, infine, sulla longevità attiva (sostegno all'attività di volontariato e di utilità sociale, in particolare per lo sviluppo di esperienze dei gruppi di auto mutuo aiuto).<br>A tal fine, sul piano organizzativo, con le **DGR. nn. 110, 111 e 328 del 2015** è stata disposta una maggiore integrazione tra le competenze e le azioni spettanti ai vari soggetti preposti (si pensi all'istituzione di una struttura denominata Unità operativa funzionale sociale e sanitaria **- U.O.S.E.S. -** che racchiude a livello di distretto sanitario e ambito territoriale sociale le diverse professionalità necessarie, al fine di migliorare la progettazione operativa e l'organizzazione; si pensi altresì ai percorsi del "governo della domanda di salute" e al **P.U.A.** (Punto Unico Accesso), all'**U.V.I.** (Unità Valutativa Integrata), e al **P.A.I.** (Piano di Assistenza Individualizzata). |

| | | |
|---|---|---|
| | | In particolare, il **P.U.A.** è descritto come "il luogo dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale. È una modalità organizzativa in grado di offrire funzioni di orientamento ed accompagnamento (con le sue articolazioni di Front-office), nonché di relazione con la rete dei servizi per la presa in carico della complessità (con le sue articolazioni di Back-office).<br>Nasce dall'esigenza di:<br>sviluppare un accesso semplificato ed efficiente alla rete dei servizi sociosanitari, al fine di intercettare i bisogni anche inespressi, dove la popolazione possa reperire informazioni utili al suo orientamento all'interno dei vari percorsi assistenziali;<br>- umanizzare i percorsi e integrare le diverse professionalità (Medici, Infermieri, Assistenti Sociali, M.M.G./P.L.S., Rappresentanti Servizi Sociali Comunali, Medici Specialisti, Sociologi, Psicologi)<br>- garantire la continuità assistenziale tra l'ospedale e il territorio (cfr. per il distretto AV 5: https://serviziweb.asur.marche.it/GASASUR/gas.php?mod=ORG&padre=623)<br>Tuttavia, come evidenziato nel PSSR MARCHE 2020/22, l'applicazione delle deliberazioni della Giunta Regionale sull'integrazione sociale e sanitaria (DGR 110/2015 e DGR 111/2015) ha incontrato una serie di difficoltà derivanti da molteplici cause, tra cui la mancata "coincidenza territoriale dell'organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS)", le "diverse modalità di comunicazione e raccordo", gli "approcci all'integrazione sociosanitaria non sempre coerenti tra "sanità" e "sociale"", le "carenze di organico sia nei Distretti Sanitari che negli Ambiti Territoriali Sociali", ecc. (v. PSSR MARCHE 2020-22, https://www.regione.marche.it/portals/3/Aree_attivita/Altre_attivita/PSSR%20Del_Amm107_2020.pdf).<br>In quest'ottica, il PSSR 2020-22 ha previsto "l'approvazione di atti e l'attivazione di interventi specifici" finalizzati a favorire la coincidenza territoriale dell'organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS), alla predisposizione di Linee guida regionali condivise sulla U.O. SeS e sul "governo della domanda di salute", alla programmazione integrata sociale e sanitaria da parte delle UU.OO. SeS anche in riferimento a: utilizzo di personale competente e dedicato; al riequilibrio territoriale delle reti di assistenza residenziale, semiresidenziale, domiciliare; alla sperimentazione di budget territoriale sociale e sanitario integrato".<br>Tra le esperienze di servizi e strutture di prossimità finalizzate al soddisfacimento di bisogni sociosanitari vi sono le Case della Salute.<br>Marche:<br>-21 case della salute<br>-14 Ospedali di comunità per 616 posti letto |

## Case della Salute

| Area Vasta | Comune | Indirizzo |
|---|---|---|
| 1 | Vallefoglia | Via Rampi, snc |
| | Urbino | Via Gramsci, 20 |
| | Urbania | Via Roma, 54 |
| | Sant'Angelo in Vado | via Robert Baden Powell, 8 |
| | Mondolfo | Piazza Bartolini,6 |
| | Mondavio | Via Roma, 32 |
| | Colli al Metauro | Via Flaminia 27 |
| 2 | Arcevia | Via Guglielmo Marconi, 1A |
| | Corinaldo | Viale degli Eroi, 7 |
| | Ostra | Via del Teatro |
| | Cupramontana | Via Ferranti, 51 |
| 3 | Morrovalle | Via Tiziano, 1 |
| | Porto Recanati | Piazza del Borgo 12 |
| | Sarnano | Largo Luigi Pierucci |
| 4 | Porto S. Giorgio | Via Misericordia |
| | Amandola | Via Agello |
| | Montegranaro | Via Santa Maria |
| 5 | Ripatransone | PIAZZA MADRE TERESA DI CALCUTTA, 1 |
| | Montefiore dell'Aso | PIAZZA ANTOGNOZZI, 1 |
| | Offida | Pzza Garibaldi 1 |
| | Ascoli Piceno | Via degli Iris, 1 |

## Ospedali di Comunità

| Area Vasta | Comune | Indirizzo |
|---|---|---|
| 1 | Cagli | VIA ATANAGI, 66 |
| | Sassocorvaro | VIA LANCIARINI, 5 |
| | Fossombrone | VIA F.LLI KENNEDY |
| 2 | Cingoli | VIA DELLA CARITA', 11 |
| | Sassoferrato | VIA MARCONI, 1 |
| | Chiaravalle | VIA ROSSELLI, 176 |
| | Loreto | VIA SAN FRANCESCO, 1 |
| | Castelfidardo | VIA XXV APRILE 61 |
| 3 | Recanati | PIAZZALE ANDREA DA RECANATI |
| | Tolentino | VIALE DELLA REPUBBLICA |
| | Treia | VIA LEOPARDI |
| | Matelica | VIALE EUROPA |
| 4 | Montegiorgio | VIA DELL'OSPEDALE, 1 |
| | Sant'Elpidio a Mare | VIA PORTA ROMANA, 76 |

(Cfr. al riguardo la DGR n. 452 del 14 aprile 2014 "Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute", in cui si definiscono i tre livelli di complessità crescente previste per le Case della Salute e l'articolazione dei servizi che debbono essere presenti nonché

| | | |
|---|---|---|
| | | l'organizzazione delle strutture ex ospedali di polo, prevedendone una suddivisione in tre tipologie:<br>Tipo A: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate;<br>Tipo B: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità;<br>Tipo C: Casa della Salute di tipo C (ora Ospedali di comunità)<br>(Fonte: Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale n. 144 1° marzo 2021, Camera dei Deputati, https://temi.camera.it/leg18/dossier/OCD18-14726/case-della-salute-ed-ospedali-comunita-i-presidi-cure-intermedie-mappatura-sul-territorio-e-normativa-nazionale-e-regionale.html).<br>Tra le iniziative in materia di integrazione sanitaria vi è il Progetto Assistenza 4.0, finanziato dalla Regione Marche con bando PORFESR2014/20 - Sostegno allo sviluppo e alla valorizzazione delle imprese sociali nelle aree colpite dal terremoto. Il progetto si prefigge lo scopo di migliorare il benessere della popolazione residente nei territori colpiti dagli eventi sismici del 2016/17 e dalla recente emergenza sanitaria (Covid-19). Esso prevede un'unità mobile sanitaria (ambulatorio mobile con sistemi di diagnostica di laboratorio), che consente agli operatori di svolgere attività di assistenza e soccorso a domicilio agli anziani residenti nella zona del cratere nonché, più in generale, di agevolare la prevenzione e la cura della popolazione mediante un approccio integrato tra ospedali e territorio.<br>Ulteriore iniziativa particolarmente qualificante messa in campo nel territorio di riferimento dell'AV 5 è costituita dall'intervento in coprogettazione in materia di assistenza domiciliare integrata per malati oncologici e terminali, attivato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Ascoli Piceno in attuazione del proprio Piano pluriennale 2020/2022.<br>L'iniziativa ha generato un progetto di assistenza domiciliare integrata che ha messo in rete 4 soggetti non profit già attivi in tale ambito nel territorio di riferimento della Fondazione (IOM, AIL, Bianco Airone, Cooperativa sociale Gea), e che ha coinvolto anche l'**ASUR Marche Area Vasta 5.**<br>Per la realizzazione di tale intervento, sperimentale ma di forte impatto atteso, la Fondazione ha stanziato un importo complessivo di 300.000 euro per 24 mesi.<br>Il progetto, avviato nel mese di novembre 2020**,** è stato pensato per sopravvivere alla fase sperimentale e mira a garantire l'unitarietà della presa in carico del paziente e della famiglia da parte dell'équipe di assistenza, attraverso una figura innovativa (il "case manager"), che coordina l'intervento dei diversi professionisti e favorisce il rapporto fra la famiglia, l'équipe domiciliare, l'assistenza domiciliare attivata dai distretti sanitari e i medici che hanno in cura il paziente (cfr. http://www.fondazionecarisap.it/assistenza-domiciliare-integrata-e-in-rete-nulla-provincia-di-ascoli-piceno-proseguono-con-successo-i-lavori-del-tavolo/).<br>In precedenza, la Fondazione ha finanziato interventi aventi ad oggetto, tra gli altri: l'attivazione di un servizio di assistenza domiciliare a pazienti affetti da patologie ematologiche, che necessitano di trattamenti specialistici non palliativi in prosecuzione dei programmi terapeutici definiti dall'Unità operativa Ematologia e Terapia cellulare dell'Ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno; nonché l'attivazione di assistenza domiciliare alle famiglie di anziani affetti da Alzheimer residenti nel territorio di Ascoli Piceno (cfr. http://www.fondazionecarisap.it/wp/wp-content/uploads/2020/06/BILANCIOSOCIALE-ECONOMICO2019-20.pdf).<br>Qui di seguito alcuni dati sui Distretti Sanitari dell'Area Vasta 5 (https://serviziweb.asur.marche.it/GASASUR/gas.php?mod=ORG&padre=623) e sui soggetti privati accreditati (https://www.regione.marche.it/Amministrazione-Trasparente/Strutture-sanitarie-private-accreditate)<br><br>**Comunanza**:<br>Privati accreditati: |

| | | |
|---|---|---|
| | | -Ambulatorio: diagnostica per immagini; specialistiche chirurgiche, dermatologiche, di pneumologia, mediche, oculistiche, odontoiatriche, otorinolaringoiatriche, urologiche (Centro Medico polispecialistico Sant'Anna)<br>-Struttura psichiatrica residenziale (Don Rino Vallorani)<br>-Amb. Riabilitazione (Kinesan snc)<br><br>**Ascoli Piceno**<br>Privati accreditati:<br>-Ambulatorio specialistiche mediche, prestazioni di ricovero ospedaliero, struttura psichiatrica residenziale (Casa di Cura Villa San Giuseppe)<br>-Prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero (Casa di Cura Villa San Marco srl)<br>-Amb. recupero e rieducazione funzionale (Ce.Me.F. sas)<br>-Amb. diagnostica di laboratorio (Centro Analisi srl; Laboratorio analisi Biolab srl)<br>-Struttura riabilitazione tossicodipendenti regime residenziale (Centro Crisi Residenziale "Casa La Bussola", Coop. Soc. AMA Aquilone)<br>-Amb. medicina sportiva (Centro di medicina dello sport di Ascoli Piceno - CONI comitato prov.le)<br>-Amb. medicina sportiva, recupero e rieducazione funzionale (Centro Medico San Tommaso)<br>-Amb. recupero e rieducazione funzionale, riabilitazione (Centro Salus Ambulatorio Piceno di Fisiokinesiterapia; Istituto di riabilitazione e Centro FKT Sport Life)<br>-Amb. diagnosi e certificazione dei DSA, riabilitazione, specialistiche chirurgiche (Fisiozone srls)<br>-Amb. recupero e rieducazione funzionale, riabilitazione , prestazioni di ricovero ospedaliero, struttura riabil. funzion. sogg. portatori disabilità fisiche, psichiche, sensoriali residenziale (Istituto di riabilitazione Santo Stefano)<br>-Amb. specialistiche odontoiatriche (Sant'Apollonia srl)<br>-Amb. diagnosi e certificazione dei DSA (Studio professionale CentralMente)<br><br>**San Benedetto del Tronto**<br>Privati accreditati:<br>-Prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero (Casa di cura privata Stella Maris; Casa di cura privata Villa Anna spa)<br>-Amb. recupero e rieducazione funzionale, riabilitazione (Centro ambulatoriale di riabilitazione Santo Stefano; Istituto di riabilitazione e Centro FKT Sport Life)<br>-Amb. diagnostica di laboratorio (Clini Test srl; Lab. analisi Dr. Fioroni srl; Salus snc)<br>Struttura riabilitazione tossicodipendenti regime semiresidenziale (Comunità terapeutica semiresidenziale Casa L'Aquilone)<br>-Amb. specialistiche chirurgiche, mediche, oculistiche, day surgery extraospedaliero (Forum Health srl)<br>-Amb. anatomia patologica (Lab. Igea Medica)<br>-Amb. recupero e rieducazione funzionale (Presidio ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale Sanit)<br>-Residenza sanitaria assistenziale (Residenza Sanitaria Assistenziale San Giuseppe)<br>**Spinetoli**<br>Privati accreditati:<br>-Amb. medicina dello sport, specialistiche chirurgiche, mediche, odontoiatriche (Centro Medico Polispecialistico Sant'Andrea)<br>-Amb. riabilitazione (Centro Medico Polispecialistico Sant'Andrea 2)<br>Struttura riab. ed educativo-assist. per donne tossicodipendenti in gravidanza o con figli minori (Comunità terapeutica residenziale "Casa Augusto Agostini") |

| | | |
|---|---|---|
| | | -Amb. recupero e rieducazione funzionale, riabilitazione (Istituto di riabilitazione e Centro FKT Sport Life)<br>-Amb. diagnostica di laboratorio (Lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche Biotest srl)<br>Soggetti accreditati (al 31.12.2020) per trasporti sanitari<br>➔ P.A Croce Verde Onlus<br>➔ Croce rossa italiana APS (Comitato di AP)<br>➔ Associazione P.A. Croce azzurra di Ripatransone e Cossignano<br>➔ Confraternita Misericordia onlus di Grottammare<br>➔ Croce Rossa Italiana APS Comitato Locale dei Sibillini (Comunanza)<br>➔ AVPA Croce Azzurra Montalto Marche, Montedinove<br>➔ Croce Rossa Italiana APS, Comitato Locale di San Benedetto del Tronto<br>➔ Associazione P.A. Croce Verde di San Benedetto del Tronto<br>➔ Associazione pubblica assistenza Croce Verde Montefiore<br>➔ Croce Gialla Onlus Monsampolo del Tronto<br>➔ Associazione volontari P.A. Cento Soccorso Onlus di Centobuchi di Monteprandone |

| | | |
|---|---|---|
| **5** | **OBIETTIVI** | **Generale:**<br>Promozione della salute e del benessere sociale dei cittadini marchigiani dell'ASUR Area Vasta 5 (provincia di Ascoli Piceno), e in particolare delle categorie più fragili della popolazione, attraverso la realizzazione di un sistema integrato dei servizi alla persona che garantisca percorsi accessibili e di qualità per la prevenzione, la cura, il recupero e la riabilitazione.<br>**Specifici:**<br>1.Garantire una risposta sociosanitaria di qualità a tutte quelle persone che non hanno la possibilità di spostarsi dalla propria abitazione attraverso la domiciliarità delle prestazioni, promuovendone processi di autonomia e riducendo il più possibile l'istituzionalizzazione.<br><br>2.Costruire un modello sperimentale di assistenza sociosanitaria di persone malate e/o fragili, insieme ai nuclei familiari di appartenenza che si sostanzia nell'individuazione di "case di comunità" quale luogo di cura, di assistenza, di accoglienza e di sostegno al bisogno. Il valore aggiunto del modello risiede nella costruzione di una rete partenariato di attori composti dall'Ente pubblico e dalle Organizzazioni del Terzo Settore che operano con alti livelli di specializzazione e con suddivisione di compiti nell'erogazione sia di servizi sociali e sia di servizi sanitari: nel particolare, alla Regione Marche compete l'erogazione dei servizi sanitari e di specialità, mentre i Comuni insieme al Terzo Settore compete l'erogazione di servizi sociali di accompagnamento all'umano e di sostegno alla quotidianità (a titolo esemplificativo e non esaustivo: integrazione alla vita civile e di socialità, sostegno nella attività di vita quotidiana, sostegno alle capacità residue delle persone fragili e malate).<br><br>3.Promuovere e rafforzare la tempestiva individuazione di bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza, in particolare delle categorie più fragili della popolazione, con il coinvolgimento dei servizi sociali di competenza delle amministrazioni comunali presenti sul territorio |

| | | |
|---|---|---|
| | | 4.Favorire il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e della loro valutazione.<br><br>5.Favorire la diffusione di una cultura condivisa e positiva dell'assistenza/cura focalizzando l'attenzione sul concetto di "benessere di comunità".<br><br>6.Ampliare e rafforzare l'offerta sociosanitaria esistente attraverso la formazione del personale sanitario e l'erogazione di nuovi servizi progettati su misura dei bisogni delle famiglie e delle comunità.<br><br>7.Promuovere il benessere socio-psicologico delle famiglie dei pazienti fragili, di chi li assiste (caregiver) e delle loro comunità.<br><br>8.Accompagnare i policy maker nella redazione di nuove politiche pubbliche che tengano conto dei risultati ottenuti dalle attività sperimentali di progetto. |

| **6** | **RISILTATI ATTESI** | |
|---|---|---|
| | *A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente* | -Aumentata conoscenza dei bisogni e delle necessità espresse dal territorio;<br>-Rafforzata conoscenza dei diversi portatori di interesse (stakeholder);<br>-Favorire la partecipazione e il coinvolgimento dei cittadini e delle comunità nella co-progettazione di servizi e interventi rivolti alla promozione del benessere e della salute;<br>-Costituito e rafforzato coordinamento e collaborazione tra istituzioni pubbliche (Comuni e Sanità Pubblica), enti privati e Terzo settore;<br>-Rafforzate competenze e conoscenze specifiche del personale sanitario;<br>-Aumentata e rafforzata offerta di servizi domiciliari presenti.<br>-Ampliata offerta dei servizi socio-sanitari di presa in carico e cura del malato e dei loro familiari attraverso la costruzione di una rete di partenariato e di cogestione che vede coinvolti sia l'Ente pubblico e sia il Terzo Settore. |
| | *A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto* | -Incrementata fiducia nei confronti del "sistema della salute" da parte dei cittadini/residenti dell'ASUR Area Vasta 5 (provincia di Ascoli Piceno);<br>-Migliorata capacità di risposta ai bisogni e alle necessità di salute dei cittadini da parte dei servizi territoriali attraverso sia l'integrazione di servizi diversi, puntando sulla specializzazione degli stessi, e sia attraverso la presa in carico, in goni dimensione umana e sociale, delle persone fragili e/o malate.<br>-Aumentato gradimento da parte dei cittadini/residenti dei servizi alla persona presenti sul territorio;<br>Aumentata consapevolezza da parte dei cittadini/residenti dei comportamenti da attuare in un'ottica di prevenzione;<br>-Migliorata condizione di benessere e di salute da parte dei cittadini/residenti e dei nuclei familiari di appartenenza della Regione Marche;<br>- Ridotti i tempi di ospedalizzazione dei pazienti in quanto viene aumentata la disponibilità di servizi di prossimità domestica e della presa in carico del malato e del nucleo familiare di appartenenza integrandolo e coinvolgendolo nella vita civile e di società;<br>- Promosso l'invecchiamento attivo della popolazione anziana, in ogni fase della vita. |

| 7 | PUNTI DI FORZA | Indicare i punti di forza | Indicare le strategie/azioni per l'implementazione |
|---|---|---|---|
| | | Esistenza all'interno del territorio dell'Area Vasta 5 di altre esperienze di coprogettazione in materia di assistenza domiciliare (coprogettazione attivata da Fondazione Carisap nel 2020) e di housing sociale (coprogettazione che vede come partner il Comune di Ascoli Piceno, Fondazione Carisap e Bottega del Terzo Settore) | Coinvolgimento di soggetti già attivi nelle esperienze di coprogettazione all'interno dei partenariati strategici per favorire l'adozione di una modalità di lavoro condivisa e collaborativa da parte di tutti gli attori, dalle amministrazioni pubbliche al Terzo Settore |
| | | Rilevanza e capillarità del Terzo Settore nel territorio di riferimento | Coinvolgimento attivo di soggetti del Terzo Settore quali partner strategici capaci di impegnarsi operativamente nelle azioni progettuali |
| | | L'approccio multistakeholder del progetto | La partecipazione di Comuni, Sanità e Terzo Settore garantisce un'integrazione dell'offerta e della qualità dei servizi che saranno così maggiormente in grado di rispondere alla pluralità dei bisogni espressi dalla popolazione. |

| 8 | PUNTI DI DEBOLEZZA | Indicare i punti di debolezza | Indicare le strategie/azioni per la riduzione |
|---|---|---|---|
| | | Difficoltà nell'ingaggiare e coordinare un numero elevato di stakeholder | Costituzione di una cabina di regia coesa, con una governance interna chiara e condivisa |
| | | Difficoltà legate al territorio dovute sia ad aspetti prettamente morfologici, in particolare per quanto riguarda l'area montana, sia alle carenze di tipo infrastrutturale e di collegamento. Si tratta di problematiche che risultano ancor più accentuate dalle conseguenze degli eventi sismici che hanno prodotto criticità non ancora completamente risolte | Coinvolgimento di partner capaci di intercettare bisogni e problematiche di tutte le aree del territorio di riferimento, incluse le zone più periferiche |

| 9 | DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO | Data inizio prevista | Data termine prevista |
|---|---|---|---|
| | | 1 dicembre 2021 | 31 dicembre 2022 |

| 10 | **DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Fase** | **Azioni** | **Breve descrizione dei contenuti** | **Indicatori di risultato/processo** |
| | **1.** Mappatura delle esigenze e ascolto dei bisogni | **1.1** Mappatura degli stakeholder (interviste individuali) | Realizzazione di una mappatura degli stakeholder del mondo profit, non profit, pubblico e privato che si occupano di benessere e salute nel territorio di Ascoli Piceno | - 25 Stakeholder individuati e contattati<br>- 1 mappatura realizzata |
| | | **1.2** Analisi dei bisogni e delle necessità emerse | Realizzazione di una prima analisi dei bisogni attraverso la consultazione di documenti di settore e lo scambio di dati e informazioni attraverso il coinvolgimento degli stakeholder mappati precedentemente | - 1 analisi dei bisogni realizzata (1 documento pubblicato) |
| | | **1.3** Organizzazione di open call tematiche | Realizzazione di open call rivolte alla società civile (sia individui che organizzazioni) sulle principali problematiche emerse dall'analisi dei bisogni (1.2).<br>I partecipanti verranno chiamati a rispondere alle sfide che verranno lanciate attraverso l'elaborazione di soluzioni innovative in risposta alle problematiche emerse. I dettagli delle call verranno definite nella cabina di regia di progetto. | - 2 open call comunicate e realizzate<br>- N° di proposte innovative presentate |
| | | **1.4** Analisi dei dati, identificazione dei punti di forza e di debolezza delle proposte | Le soluzioni presentate, insieme alle soluzioni e ai servizi già presenti sul territorio, verranno analizzate da un team multistakeholder e multidisciplinare in modo da individuare punti di forza e di debolezza di ciascuna. | - N° di servizi e proposte analizzate |
| | | **1.5** Restituzione pubblica dei risultati | L'insieme delle proposte innovative inviate e dei servizi presenti sul territorio analizzate nella precedente fase verranno presentate attraverso comunicazioni online e incontri ed eventi pubblici. | - 1 report pubblicato<br>- 1 campagna di comunicazione online<br>- 1 evento pubblico di presentazione dei risultati |
| | **2.** Costruzione di partenariati strategici | **2.1** Primo contatto e condivisione della visione e dei valori del progetto con organizzazioni e istituzioni dell'"ecosistema della salute" dell'Area Vasta 5 | Gli stakeholder attivati nella Fase 1 verranno coinvolti in incontri (online o in presenza) volti a costruire una rete eterogenea di stakeholder della salute, basata sulla reciprocità, fiducia e cooperazione, con l'obiettivo di creare una visione condivisa sulle sfide sociali da risolvere. | - 20 stakeholder contattati e ingaggiati attraverso incontri (online e/o in presenza) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **2.2** Definizione di ruoli e compiti | In questa seconda fase gli stakeholder finora coinvolti saranno guidati e facilitati a ragionare su come ciascuno di loro abbia un ruolo attivo nell'ecosistema, individualmente e come organizzazione e quali ruoli e compiti assolvono e potranno assolvere per contribuire in maniera più efficace alla risoluzione dei problemi individuati. | - 3 incontri/workshop realizzati |
| | | **2.3** Formalizzazione della collaborazione | Viene formalizzata una collaborazione tra gli stakeholder dell'ecosistema "salute e benessere" attraverso la definizione e stipula di un accordo di intesa. | 1 MoU siglato |
| | **3.** Formazione e ispirazione del gruppo di lavoro | **3.1** Costruzione di percorsi formativi specifici | Sulla base dei bisogni evidenziati (Fase 1) e le competenze presenti nell'ecosistema (Fase 2), si individueranno eventuali mancanze e necessità degli operatori del sistema della salute e si provvederà alla costruzione e all'erogazione di percorsi formativi specifici. | - 1 report riassuntivo delle principali necessità individuate;<br>- 4 corsi di formazione erogati. |
| | | **3.2** Eventi pubblici | Organizzazione e realizzazione di momenti pubblici di racconto di esperienze nazionali ed internazionali di successo, con testimonianze di speaker di alto profilo. Attività orientata ad ispirare il gruppo di lavoro, sensibilizzare i cittadini e le istituzioni a possibili scenari e a soluzioni innovative da applicare con successo in altri contesti. | - 1 evento pubblico realizzato<br>- 6 speaker nazionali e internazionali coinvolti<br>- N° di iniziative innovative presentate e comunicate |
| | **4.** Armonizzazione e funzionalizzazione dei servizi esistenti | **4.1** Costruzione di una cabina di regia | Nel novero degli stakeholder coinvolti si provvede alla costituzione di una "cabina di regia" (costituita da rappresentanti della società civile coinvolti nelle precedenti fasi) che ne rappresenti e condividi i valori. | - 1 cabina di regia costituita<br>- 1 sistema di governance della cabina di regia condiviso definito |
| | | **4.2** Incontri tematici | Realizzazione di incontri tematici condotti internamente alla cabina di regia (fase 4.1) per verificare le potenzialità inespresse dei servizi esistenti e le lacune da colmare, sulla base dei dati raccolti nelle fasi precedenti. | - 4 Incontri tematici realizzati |
| | | **4.3** Azioni sperimentali | Definizione di azioni sperimentali di miglioramento dei servizi alla persona già attivi, in ottica di funzionalizzazione e di accuratezza delle prestazioni erogate, anche con l'ausilio di soluzioni digitali. | - 3 azioni sperimentali avviate e monitorate |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **4.4** Comunicazione efficace | Per promuovere i servizi esistenti tramite modalità più efficaci di comunicazione verrà redatto un piano di comunicazione specifico in base ad una rigorosa definizione dei contenuti segnalati dalla cabina di regia, identificazione dei gruppi target e delle modalità e dei canali più idonei per raggiungerli. | - 1 piano di comunicazione definito;<br>- 1 Campagne social realizzata;<br>- 1 Campagna di comunicazione itinerante realizzate. |
| | | **4.5** Monitoraggio | Monitoraggio dei dati raccolti e analizzati per eventuali modifiche di implementazione. | - 1 piano di monitoraggio redatto |
| | **5.** Call for Proposals | **5.1** Definizione degli obiettivi delle call con la cabina di regia | La cabina di regia provvederà alla definizione degli obiettivi di una call for proposals volta a individuare e a finanziare proposte di progetto innovative e sostenibili provenienti da attori che operano nell'ambito della salute e del benessere a livello sia locale che nazionale. | - Obiettivi delle call definiti<br>- Requisiti per i partecipanti definiti |
| | | **5.2** Lancio della campagna | Viene lanciata e realizzata la campagna attraverso canali di comunicazione e modalità definite nel contesto della cabina di regia. | - Diffusione e comunicazione delle call for proposals |
| | | **5.3** Valutazione delle proposte | Le soluzioni presentate verranno analizzate dalla cabina di regia in modo da individuare punti di forza e di debolezza di ciascuna. | - 1 graduatoria redatta |
| | **6.** Co-creazione | **6.1** Analisi delle nuove potenziali proposte | Le proposte presentate nel contesto delle call for proposals verranno analizzate e valutate rigorosamente su parametri quali opportunità, costi, benefici, impatto generato. In questo modo si andranno ad individuare le soluzioni da implementare successivamente, in maniera condivisa. | - 5 Proposte selezionate analizzate |
| | | **6.2** Definizione di ruoli, responsabilità, obiettivi e indicatori misurabili d'impatto | Definizione dei ruoli e delle responsabilità del gruppo di lavoro costituito dalla cabina di regia e dai referenti delle proposte selezionate. | - 1 documento di governance |
| | **7.** Erogazione dei nuovi servizi | **7.1** Nomina di un responsabile per ciascuna delle attività innovative co-create | Identificazione di una figura interna o esterna alla cabina di regia che funga da coordinatrice e responsabile delle attività co-create. | - N° lettere di incarico |
| | | **7.2** Attuazione dei servizi | Individuazione delle case di comunità, implementazione dei servizi co-creati, presa in carico globale (sanità, comuni e Terzo Settore), azione di sensibilizzazione territoriale, attività aggregative | - N° di nuovi servizi erogati<br>- N° 4 case di comunità (uno per ambito sociale territoriale) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | finalizzate all'inserimento del malato e della famiglia nel contesto sociale attraverso la valorizzazione delle risorse culturali, artistiche, ambientali e la costituzione di gruppi di mutuo aiuto e prossimità. Servizi di sostegno alla vita quotidiana (trasporto sociale, consegna alimenti e farmaci a domicilio) | |
| | | **7.3** Servizi di assistenza domiciliare | Attivazione di un servizio domiciliare attivo 7/7, 12 hr al giorno presso le 4 case di comunità dell'iniziativa (Ascoli Piceno, Comunanza, San Benedetto del Tronto, Spinetoli) per 10 mesi.<br>Le case di comunità rappresentano il luogo di coordinamento delle attività sociali e sanitarie nonché il riferimento territoriale per la presa in carico del malato e/o persona in fragilità e del nucleo di appartenenza Infermieri di famiglia e comunità Ambulatori di cronicità | - 1 servizio aggiuntivo di assistenza domiciliare sanitaria garantiti in ciascuno delle 4 case di comunità<br>- 52 operatori sanitari, tra medici, infermieri e OSS selezionati (4 medici, 32 infermieri di famiglia e di comunità, 16 operatore Socio Sanitario) coinvolti<br>- N° pazienti usufruiscono del servizio |
| | | **7.4** Organizzazione di confronti periodici con la cabina di regia | Incontri periodici con la cabina di regia vengono predisposti nel piano di monitoraggio e realizzati per garantire la coerente implementazione delle attività. | - 14 incontri realizzati |
| | **8.** Animazione di comunità | **8.1** Eventi tematici | Organizzazione di eventi e momenti di incontro e confronto su temi di interesse generale legati al benessere e all'inclusione sociale per sensibilizzare la comunità. | 2 eventi realizzati |
| | | **8.2** Workshop di co-progettazione civica | Organizzazione di un ciclo di workshop o incontri sulla co-progettazione civica. | 3 di workshop sulla co-progettazione civica realizzati |
| | | **8.3** Incontri con il privato | Organizzazione di incontri con imprenditori, dirigenti d'azienda e di associazioni di categoria per illustrare le opportunità di sviluppo economico nel settore socio-assistenziale. | 3 incontri con il privato realizzati |
| | | **8.4** Campagne di comunicazione | Creazione di campagne media e social di sensibilizzazione sul tema dell'inclusione delle diversità e delle fragilità nella comunità di appartenenza, specialmente dedicate alle nuove generazioni | 1 campagna media social realizzata |
| | **9.** Valutazione di impatto | **9.1** Definizione del mandato valutativo; | L'attività di valutazione segue un disegno rigoroso che constata di 3 | 1 disegno di valutazione definito |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | disegno dell'impianto di teoria e delle domande di ricerca e definizione del disegno di ricerca | fasi iniziali: la prima è la definizione del mandato valutativo, essenziale per comprendere "perché" si debba valutare, chi ha deciso di valutare e che cosa voglia farne dei risultati della valutazione; la seconda consiste nella formulazione di domande valutative opportune che discendano da un'analisi degli obiettivi del programma; segue la fase di definizione del disegno valutativo e della famiglia di approcci a cui ricorrere (sperimentale, quasi-sperimentale, theory-based) e le relative metodologie e tecniche. | |
| | | **9.2** Definizione degli strumenti di raccolta dati e somministrazione | In base all'approccio e alla metodologia individuata come la più coerente con le domande e il mandato valutativo si definiranno gli strumenti della raccolta dei dati (quantitativi, qualitativi, misti) | - Strumenti di raccolta dati definiti<br>- Strumenti di raccolta dati somministrati (questionari, interviste, focus group) |
| | | **9.3** Analisi dei dati e sistematizzazione | In questa fase i dati prodotti dalla ricerca verranno rigorosamente analizzati alla luce delle domande valutative e di eventuali effetti imprevisti (positivi e negativi) generati dall'intervento | - 1 dataset realizzato<br>- 1 report di valutazione pubblicato |
| | | **9.4** Restituzione dei risultati | I risultati del lavoro di valutazione verranno divulgati e comunicati attraverso le modalità ritenute più coerenti con il mandato valutativo. | - 1 incontro di restituzione dei risultati realizzato |
| | **10.** Advocacy | **10.1** Analisi dei dati | Analisi del lavoro realizzato, dei processi attivati, delle iniziative individuate e supportate durante il periodo di implementazione del progetto. | 1 documento di sintesi redatto (report) |
| | | **10.2** Documenti di policy | A partire dai dati precedentemente analizzati, si procederà alla costruzione di documenti di policy che possano fungere da guida per successive politiche pubbliche provinciali, regionali e nazionali. | 1 documenti di policy redatto |
| | | **10.3** Pubblicazione e disseminazione dei documenti | I documenti di policy redatti e i loro contenuti verranno presentati ai decision maker regionali che si occupano di salute e saranno successivamente disseminati attraverso i canali di comunicazione degli enti partner e incontri aperti alla cittadinanza | - 1 campagna di comunicazione (post, articoli su testate giornalistiche, servizi radiofonici, etc.) realizzata<br>- 2 eventi pubblici realizzati<br>- 2 incontri con decision maker realizzati |

| | | |
|---|---|---|
| **11** | **INDICATORI DI RISULTATO PREVISTI** | La valutazione e la misurazione di impatto permettono di verificare lo stato di avanzamento delle attività ed i risultati che si intendono raggiungere. All'uopo diventa significativo riportare gli indicatori che sono funzionali alla verifica del livello di raggiungimento dei risultati attesi. Pertanto, si riportano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, alcuni indicatori specifici:<br>- Riduzione dell'istituzionalizzazione dei malati e/o delle persone fragili;<br>- Incremento del livello di soddisfazione dei malati e/o delle persone fragili sui servizi sanitari di cura;<br>- Riduzione dello stress assistenziale dei caregivers;<br>- Incremento del livello di soddisfazione dei malati e/o delle persone fragili sui servizi a sostegno della vita quotidiana e per l'integrazione nella società civile;<br>- Incremento del livello di specializzazione e delle competenze degli operatori sociali e sanitari;<br>- Miglioramento dei servizi sociali erogati dalla Organizzazioni del Terzo Settore;<br>- Miglioramento del coordinamento e dell'integrazione dei servizi gestiti dalle Organizzazioni del Terzo Settore;<br>- Miglioramento del livello di soddisfazione dei volontari.<br><br><u>Valutazione di impatto del progetto</u><br><br>All'interno del progetto, un ruolo di particolare importanza sarà ricoperto dalle attività di Valutazione ad opera di un'Organizzazione con rilevante competenza specialistica in ambito nazionale anche sulla misurazione di impatto.<br>La valutazione consentirà di comprendere e delineare la rilevanza, l'efficacia, l'impatto e la sostenibilità del modello di intervento, fornendo dati e informazioni utili per:<br>-Definire un impianto teorico in grado di restituire e sistematizzare la complessità degli impatti generati dalle attività del progetto<br>-Comprendere i punti di forza e di debolezza dell'intervento;<br>-Comprendere il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissi insieme alla misura dei cambiamenti positivi e/o negativi generati.<br>-Comprendere la rilevanza e la dimensione dei cambiamenti di breve e medio periodo generati dalle attività di co-progettazione<br>Considerata la natura complessa e multilivello dell'intervento la metodologia di valutazione a cui ci si prefigge di ricorre è quella afferente alla famiglia di approcci *theory-based.* Questi approcci pongono particolare enfasi al contesto in cui un intervento avviene, studiando "se" e "come" contribuisce ai risultati osservati e permettono di strutturare ed allineare in maniera coerente gli obiettivi dell'intervento, l'oggetto della valutazione, gli indicatori e gli strumenti per la raccolta dati. La valutazione si contraddistinguerà, inoltre, per un approccio partecipativo, nei processi di rilevazione dei risultati e della gestione dei risultati, attraverso l'organizzazione e la facilitazione di workshop di condivisione e confronto. Riferendosi concettualmente all'approccio di valutazione di empowerment e sviluppo, il processo di coinvolgimento degli stakeholder è teso al rafforzamento delle relazioni di accountability tra stakeholder, nonché all'apprendimento condiviso, utile per trasformare l'evidenza qualitativa e quantitativa in conoscenza per il policy-making.<br>Tre elementi costitutivi dell'impianto della valutazione saranno:<br>Stakeholder engagement: particolare attenzione sarà prestata al punto di vista degli stakeholder del progetto per comprendere la materialità dei cambiamenti vissuti.<br>Apprendimenti: per massimizzare il potenziale della valutazione, si farà ricorso a metodi e tecniche finalizzate a coinvolgere tutte le parti interessate in un processo riflessivo e trasformativo. In tal senso, la valutazione adotterà tecniche di coinvolgimento degli stakeholder (Focus Group, workshop, interviste semi-strutturate) per rendere consapevoli le parti coinvolte dei punti di forza e di debolezza del progetto e identificare le giuste raccomandazioni per potenziali miglioramenti e massimizzazioni dell'intervento. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Teoria del cambiamento: attraverso il coinvolgimento dei diversi portatori di interesse la valutazione si prefigge di ricostruire le teorie del cambiamento che sottendono il programma, dover per teoria del cambiamento intendiamo la ricostruzione delle percezioni e delle assunzioni che gli stakeholder hanno rispetto a come e perchè il programma dovrebbe funzionare (quali problemi sociali vengono affrontati, in che maniera vengono implementate le attività, quali risposte le attività stimolano negli stakeholder e quali elementi ostacolano o facilitano il verificarsi dei cambiamenti desiderati).<br>L'analitica rappresentazione degli indicatori è presente nella sezione "Descrizione analitica del progetto" con riferimento alle singole azioni (come riportate nell'apposita colonna). |

| Descrizioni delle azioni relative a ogni fase | Mesi | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1. Mappatura esigenze e ascolto bisogni | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Costruzione di partenariati strategici | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Formazione e ispirazione del gruppo di lavoro | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Armonizzazione e funzionalizzazione dei servizi esistenti | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Call for proposals | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Co-creazione | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Erogazione dei nuovi servizi | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Animazione di comunità | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Valutazione di impatto | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Advocacy | | | | | | | | | | | | | |

**Stesura prima bozza progetto**
**Regione Marche**
Dott. Claudio Martini
Dott. Filippo Masera
Dott.ssa Lucia Mielli

## Scheda dei risultati raggiunti con la sperimentazione delle strutture di prossimità

| SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI | | |
|---|---|---|
| 1 | TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO | |

| | | |
|---|---|---|
| 2 | REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | DURATA DEL PROGETTO | Data inizio progetto | Data presentazione risultati |
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | INDICATORI DI RISULTATO | |
| | Obiettivo specifico del progetto | Indicatori di risultato raggiunti |
| | | |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| 5 | Trasferibilità | |
| | Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto | Progetto o parte del progetto che può essere trasferita |
| | | |
| | | |

| | |
|---|---|
| 6 | Criticità rilevate |
| | |

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0008345 P-4.37.2.10
del 21/05/2021
33777771

*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

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

LD

Ministero della Salute
GAB
0008547-P-19/05/2021
I.4.c.b/2021/33
445785809

*Ministero della Salute*

L'UFFICIO DI GABINETTO

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 resesi 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

**ALLEGATO 1**

*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 inespressi 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'acceso 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 ampli.

## 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** | ***Cognome Nome Responsabile*** | |
| | | ***Ruolo e qualifica*** | |
| | | ***Recapiti telefonici*** | |
| | | ***e- mail*** | |

| | **RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE** | | |
|---|---|---|---|
| 4 | **Finanziamento** | **Riferimento (Delibera, atto ecc.)** | **Importo** |
| | ○ *Risorse assegnate con decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77* | | |
| | ○ *Risorse regionali/P.A. aggiuntive* | | |
| | ○ *Risorse ulteriori* | | |

| | **ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO** | | |
|---|---|---|---|
| 5 | **Tipologia di costi** | **Importo in euro** | **Note** |
| | ○ *Costi per il coordinamento* | | |
| | ○ *Costi per la formazione* | | |
| | ○ *Costi gestione progetto* | | |
| | ○ *Costi ....* | | |
| | ○ *Costi ....* | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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** | |
| | *A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente* | |
| | *A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto* | |

| | | |
|---|---|---|
| 10 | **PUNTI DI FORZA** | |
| | **Indicare i punti di *forza*** | **Indicare le strategie/azioni per l'implementazione** |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| 11 | **PUNTI DI DEBOLEZZA** | |
| | **Indicare i punti di *debolezza*** | **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** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| 15 | **TRASFERIBILITÀ** | |
|---|---|---|
| | **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. | | DESCRIZIONE ANALITICA SULLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | | |
| TITOLO 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** | | | | | |

**Allegato 2**

## 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** |