

# REGIONE EMILIA-ROMAGNA

## Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2040 del 29/11/2021

Seduta Num. 54

**Questo** lunedì 29 **del mese di** novembre  
**dell' anno** 2021 **si è riunita in** video conferenza

**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Schlein Elena Ethel	Vicepresidente
3) Calvano Paolo	Assessore
4) Colla Vincenzo	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Felicori Mauro	Assessore
8) Lori Barbara	Assessore
9) Mammi Alessio	Assessore
10) Priolo Irene	Assessore
11) Salomoni Paola	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore:** Corsini Andrea

**Proposta:** GPG/2021/2108 del 23/11/2021

**Struttura proponente:** SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE  
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

**Assessorato proponente:** ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

**Oggetto:** APPROVAZIONE DEL PROGETTO REGIONALE SULLA  
"SPERIMENTAZIONE DELLE STRUTTURE DI PROSSIMITÀ" IN  
ATTUAZIONE DELL'INTESA DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI-  
PROVINCE AUTONOME REP. ATTI. N.134/CSR DEL 4 AGOSTO 2021.

**Iter di approvazione previsto:** Delibera ordinaria

**Responsabile del procedimento:** Fabia Franchi

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il D.L. 19 maggio 2020, n. 34 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77;

- l'Intesa Rep. Atti n. 134/CSR del 4 agosto 2021, ai sensi dell'art. 1, comma 4-bis del su citato D.L. 19 maggio 2020, n. 34, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità" e sul riparto per l'anno 2020 delle risorse di cui sull'art. 1, comma 11 del medesimo D.L. n. 34/2020 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;

Dato atto, pertanto, che le linee progettuali di cui al presente provvedimento trovano copertura nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale di competenza del corrente esercizio e che all'impegno e liquidazione della spesa si provvede in sede di anticipazione mensile di cassa, non in risorse aggiuntive;

Richiamati:

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";

- il D.P.C.M. 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";

Visti altresì:

- l'art. 1, comma 13 del su citato D. Lgs. n. 502/1992, in base al quale *"Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le*

*esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale”;*

- la L. 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal D. Lgs 7 dicembre 1993, n. 517" e ss.mm.ii., ed in particolare l'art. 17, comma 1;
- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", e successive modifiche, che prevede che questa Regione, nell'esercizio dell'autonomia conferitale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, definisce i principi ed i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio sanitario regionale;
- la L.R. 12 marzo 2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- il Piano sanitario e sociale approvato con delibera dell'Assemblea legislativa n. 120 del 2017;
- il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 che reca "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 1, comma 7, del D. Lgs. n. 30 dicembre 1992, n. 502";
- l'art. 26 del su citato D.P.C.M. 12 gennaio 2017 che garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata;

Richiamate le seguenti proprie deliberazioni con le quali si è data attuazione alla normativa di cui sopra:

relativamente alla pianificazione regionale sociale e sanitaria, dello sviluppo dei modelli delle Case della Comunità, nonché del potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale per fronteggiare l'emergenza sanitaria da Sars-Cov-2:

- n. 291/2010 "Indicazioni regionali per la realizzazione e organizzazione funzionale della Casa della Salute" le quali:
  - definiscono la Casa della Salute come una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla

popolazione, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale in integrazione con i professionisti dell'ambito sociale;

- riconoscono la Casa della Salute come un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie, che cura le interfacce con gli altri dipartimenti;

- n. 2128 del 05 dicembre 2016 "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle Comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa";
- n. 1423 del 02 ottobre 2017 "Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale";
- n. 1793 del 30 novembre 2020 "Misure per l'attuazione degli interventi di assistenza territoriale per far fronte alla pandemia da Sars-Cov-2, ai sensi dell'art. 1 del D.L. n. 34/2020 convertito con la L. n. 77/2020 e approvazione del "Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa" ai sensi dell'art. 29 D.L. n. 104/2020.";

relativamente all'Area Tematica "Salute Mentale":

- n. 1554 del 20 ottobre 2015 "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute"
- n. 1232 del 28 settembre 2020 "Piano attuativo Salute Mentale e superamento ex OO.PP. riparto e assegnazione del fondo alle Aziende sanitarie per l'anno 2020";
- n. 1770 del 02 novembre 2021 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende sanitarie per l'anno 2021"
- n. 1813 del 08 novembre 2021 "Piano attuativo Salute Mentale e superamento ex OO.PP. riparto e assegnazione del fondo alle Aziende sanitarie per l'anno 2021";

Considerato in particolare quanto sancito dai seguenti commi dell'art. 1 del D.L. 19 maggio 2020, n.34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n.77:

- il comma 3, che 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;

- il comma 4, che 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 DPCM 12 gennaio 2017;

- il comma 4-bis, che 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;

- il comma 4-bis, che dispone altresì 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;

Considerato inoltre che: il Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR) 2017-2019 (D.A.L.120/17) ha inteso sviluppare un modello di assistenza territoriale in grado di garantire risposte integrate ai problemi di salute delle persone e di coinvolgere le comunità nell'individuazione dei bisogni e delle priorità;

Preso atto che occorre dare pronta attuazione alla su citata Intesa Rep. Atti n. 134/CSR del 4 agosto 2021, mediante l'elaborazione di un apposito progetto sulla sperimentazione di strutture di prossimità allegato al

presente atto deliberativo, al fine di coinvolgere la Comunità nella promozione e prevenzione della salute, nella ricerca delle persone sole o a rischio di emarginazione sociale e nella intercettazione dei bisogni - anche inespressi - dei cittadini, delle loro famiglie o dei loro caregivers. Con il progetto in argomento la Regione Emilia-Romagna intende sperimentare interventi di prossimità, nelle Case della Comunità, finalizzati al miglioramento del coordinamento e dell'ottimizzazione di servizi e cure, sviluppando l'impianto progettuale su due cardini:

1. passaggio dalla Casa della Salute alla Casa di Comunità attraverso:

- attuazione di un concetto di Casa della Comunità "diffusa", ottenuta delocalizzando alcune attività di promozione di salute e prevenzione dalla CdC, che manterrà ruolo di hub, ad altri luoghi di aggregazione territoriale;
- sperimentazione di un nuovo sistema di governance integrata sociale e sanitaria mediante collaborazione di organi tecnici e politici;

2. Sostegno della domiciliarità di persone affette da disturbi psichici e dipendenze patologiche attraverso l'applicazione del Budget di Salute:

- strumento integrato socio-sanitario, a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

Visti infine:

- la L.R. 26 novembre 2001 n.43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;
- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;
- la propria deliberazione n. 468 del 10 aprile 2017 avente ad oggetto: "Il sistema dei controlli interni nella

Regione Emilia- Romagna”;

- le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della deliberazione n. 468/2017;
- la L.R. 15 novembre 2001 n. 40 “Ordinamento contabile della Regione Emilia-Romagna, Abrogazione della L.R. 6 luglio 1977, n. 31 e 27 marzo 1972, n. 4, per quanto applicabile;
- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”, e ss.mm.ii.;
- la L.R. 29 Dicembre 2020, n. 12 “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2021-2023 (legge di stabilità regionale 2021)”;
- L.R. 29 Dicembre 2020, n.13 “Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2021-2023”;
- la propria deliberazione n. 2004 del 28 dicembre 2020 “Approvazione del documento tecnico di accompagnamento e del Bilancio finanziario gestionale di previsione della Regione Emilia-Romagna 2021-2023” e ss.mm.ii.;
- la L.R. 29 luglio 2021 n. 8 “Disposizioni collegate alla legge di assestamento e prima variazione generale al bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2021-2023”;
- la L.R. 29 luglio 2020 n. 9 “Assestamento e prima variazione generale al bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2021-2023”;
- la propria deliberazione n. 1193 del 26 luglio 2021 avente ad oggetto “Aggiornamento del documento tecnico di accompagnamento e del bilancio finanziario gestionale di previsione della regione Emilia-Romagna 2021-2023”;

Richiamati inoltre:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” e succ. mod., ed in particolare l’art. 22, per quanto previsto in relazione alla categoria Enti pubblici vigilati dalla Regione (citazione corretta se i beneficiari saranno Aziende sanitarie...);
- la propria deliberazione n. 111 del 28 gennaio 2021 avente per oggetto “Piano Triennale di Prevenzione della

Corruzione e della Trasparenza. Anni 2021-2023”;

Richiamate altresì le proprie deliberazioni:

- n. 2013 del 28 dicembre 2020 avente ad oggetto: “Indirizzi organizzativi per il consolidamento e il potenziamento delle capacità amministrative dell'Ente per il conseguimento degli obiettivi del programma di mandato, per fare fronte alla programmazione comunitaria 2021/2027 e primo adeguamento delle strutture regionali conseguenti alla soppressione dell'IBACN”;
- n. 2018 del 28 dicembre 2020 avente ad oggetto: “Affidamento degli incarichi di Direttore Generale della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. 43/2001 e ss.mm.ii.”;
- n. 771 del 24 maggio 2021 avente ad oggetto: “Rafforzamento delle capacità amministrative dell'Ente. Secondo adeguamento degli assetti organizzativi e Linee di Indirizzo 2021”;

Richiamata infine la determinazione dirigenziale n. 20202 del 13 novembre 2020 con cui è stato affidato l'incarico di Responsabile di Servizio al sottoscritto dirigente;

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

#### **D E L I B E R A**

1. di approvare il progetto intitolato “Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità: partecipazione e coinvolgimento sociale per la promozione della salute e del benessere collettivo e budget di salute come strumento a supporto di forme di domiciliarità protette”, contenuto nell'Allegato 1 al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale, in attuazione dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni-Province autonome, Rep. Atti n. 134/CSR del 4 agosto 2021, allegato 2, parte integrante del presente atto;
2. di disporre, al termine del periodo di sperimentazione, tempestivo invio ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze della relazione illustrativa delle attività messe in atto e dei risultati raggiunti;
3. di dare atto che le linee progettuali di cui al presente provvedimento trovano copertura nell'ambito del Fondo



- Sanitario Regionale di competenza del corrente esercizio e che all'impegno e liquidazione della spesa si provvede in sede di anticipazione mensile di cassa;
4. di dare mandato alle Aziende Sanitarie di sviluppare progressivamente il progetto come descritto nella scheda progettuale allegata alla presente deliberazione;
  5. di dare atto infine che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
  6. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

Da Casa della Salute a Casa della Comunità		
Scheda di progetto		
Titolo del progetto per esteso	Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità: partecipazione e coinvolgimento sociale per la promozione della salute e del benessere collettivo e budget di salute come strumento a supporto di forme di domiciliarità protette	
Regione/Provincia autonoma	Emilia-Romagna	
Risorse finanziarie occorrenti alla realizzazione del progetto		
Finanziamento	Riferimento (DGR)	Importo
Risorse assegnate 2020	DGR n. 1232/2020	€ 1.865.000,00
Risorse assegnate 2021	DGR n. 1770/2021 DGR n. 1813/2021	€ 1.865.000,00
Descrizione del contesto di riferimento e di esperienze esistenti a livello regionale	<p>Nella Regione Emilia-Romagna con il DGR 291/2010 è stato dato l'avvio ad una intensa trasformazione territoriale dell'assistenza che ha previsto la pianificazione, la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute (CdS).</p> <p>Le CdS costituiscono un'importante innovazione divenendo l'opportunità per le comunità locali di riconoscersi in luoghi e forme nuove di costruzione di risposte ai loro bisogni di salute; successivamente con la DGR 2128 del 2016 la RER fornisce le indicazioni per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa andando ulteriormente a sviluppare e implementare questo modello in tutto il territorio.</p> <p>Contestualmente all'avvio della CdS è emersa l'esigenza di rivedere il sistema di Welfare di comunità ispirandosi ai criteri della partecipazione, dell'unitarietà e della responsabilità sociale, promuovendo il benessere individuale e di comunità a partire dalle pratiche e dall'integrazione, dove per comunità si intende l'espressione della salute attraverso spazi, percorsi e modalità condivisi e partecipativi. Inoltre, a seguito della pandemia, il PNRR ha reso evidente la necessità di dare forza e sostegno alle strutture territoriali, pertanto le Case della Salute diventano Case della Comunità (CdC) a sottolineare come queste strutture sono inserite nel contesto comunitario come luoghi d'integrazione tra l'ambito sanitario e sociale a disposizione dei cittadini.</p> <p>La Regione Emilia-Romagna – nell'applicazione del comma 4 bis dell'art. 1 della legge 77/2020 e dell'Intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021 - sperimenta interventi di prossimità, nelle Case della Comunità finalizzati al miglioramento della garanzia di coordinamento e ottimizzazione di servizi e cure sviluppando l'impianto progettuale su due cardini:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Passaggio dalla Casa della Salute alla Casa di Comunità attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione di un concetto di Casa della Comunità "diffusa", ottenuta delocalizzando alcune attività di promozione di salute e prevenzione dalla CdC, che manterrà ruolo di hub, ad altri luoghi di aggregazione territoriale;</li> <li>• La sperimentazione di un nuovo sistema di governance integrata sociale e sanitaria mediante collaborazione di organi tecnici e politici.</li> </ul> </li> </ol>	

	<p>2. Sostegno della domiciliarità di persone affette da disturbi psichici e dipendenze patologiche attraverso l'applicazione del Budget di Salute, strumento integrato socio-sanitario, a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.</p>
--	---

<p>Obiettivo 1</p>	<p>Sperimentare nuovi progetti di prevenzione e promozione della salute, intesa come benessere bio-psico-sociale sia individuale che comunitario, coinvolgendo attivamente volontariato, associazioni di categoria e tutta la comunità, partendo dai suoi bisogni espressi e rendendo espliciti quelli inespressi. Il cittadino quindi, da fruitore dei servizi, diventa protagonista corresponsabile di una complessiva definizione del progetto di salute. Il raggiungimento dell'obiettivo prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La realizzazione di una rete di servizi, di cui la CdC costituisce l'hub, con tutte le strutture e le istituzioni che nel territorio sono luoghi nei quali si produce salute (scuole, mondo del lavoro, espressioni culturali sia formali che informali) dove svolgere le attività coerenti con le finalità del progetto.</li> <li>2. La realizzazione di una nuova governance di CdC, ottenuta massimizzando la integrazione delle istituzioni coinvolte, ad esempio mediante istituzione di un tavolo tecnico-politico costituito da sindaci, assessori, Responsabile di area sociale e del Centro famiglie, Direttore di Distretto e del Dipartimento di Cure Primarie, coordinatore infermieristico della CdC.</li> <li>3. La realizzazione di un budget di comunità mediante unitarietà nell'utilizzo delle risorse economiche e professionali al di là delle competenze istituzionali</li> <li>4. La valorizzazione delle competenze, previa opportuna formazione, dei professionisti coinvolti, e l'arruolamento di nuove figure professionali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• facilitatore comunicativo/agente di comunità, specialista nella lettura del contesto sociale e nell' intercettare "chi non arriva", facendo emergere i bisogni inespressi, anche grazie al coinvolgimento dei "talenti sociali".</li> <li>• Medico di comunità e cure primarie, la cui formazione clinica e organizzativa lo colloca come figura strategica all'interno della CdC.</li> </ul> </li> </ol> <p>Target: persone affette da patologie croniche, con particolare sguardo alla non autosufficienza, agli adolescenti e ai giovani ma anche l'intera popolazione, puntando a favorire e sostenere stili di vita salutari e il ricorso a interventi di prevenzione.</p>
--------------------	--

<p>Risultati attesi: a breve termine</p> <p>A lungo termine</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione specifica per gli operatori aziendali e non, propedeutica al passaggio da CdS a CdC</li> <li>• Maggiore adesione di tutte le fasce di popolazione alle iniziative di prevenzione, promozione della salute e ai processi di passaggio dalla CdS alla CdC</li> <li>• Migliore identificazione di bisogni di salute della comunità calati nel contesto e caratterizzati dalla prossimità</li> <li>• Programmazione sociosanitaria strategica condivisa e sinergica tra le istituzioni coinvolte</li> <li>• Miglioramento di indici di salute che risentono di stili di vita adeguati</li> <li>• Identificazione di indicatori di salute</li> <li>• Riduzione delle diseguaglianze nell'accesso ai servizi</li> <li>• Miglioramento della coesione sociale</li> </ul>	
<p>Punti di forza</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoscenza del contesto attraverso analisi sociali ed epidemiologiche puntuali al fine di individuare i bisogni specialmente quelli sommersi (diritti negati)</li> <li>• Coinvolgimento della popolazione</li> <li>• Disponibilità di una rete di professionisti orientati alla multidisciplinarietà</li> <li>• Integrazione tra servizi sociosanitari e collaborazione tra professionisti</li> <li>• Importanza della leadership al di là della competenza e della Istituzione di appartenenza</li> <li>• Unitarietà nell'utilizzo delle risorse economiche e professionali aldilà delle competenze istituzionali, sperimentando il budget di comunità quale premessa per la corretta formazione dei budget di salute individuale</li> </ul>	
<p>Punti di debolezza</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disomogeneità regionale sull'offerta di iniziative promozionali della salute nelle Case della Comunità; il progetto sarà occasione per una rivisitazione complessiva che possa essere diffusa come modello regionale.</li> <li>• Difficoltà legata alla pandemia a creare momenti di aggregazione della popolazione alle attività promosse.</li> <li>• Difficiloso coinvolgimento di alcuni target di popolazione (stranieri, popolazione marginale...)</li> <li>• Difficoltà a reperire alcune figure professionali (es medico di comunità) poco diffuse nel contesto sia regionale che nazionale</li> <li>• Costi del personale e contratti finalizzati al progetto e quindi a termine.</li> </ul>	
<p>Durata complessiva del progetto</p>	<p>01/01/2020</p>	<p>31/12/2022</p>

<p>Descrizione analitica del progetto</p>	<p>La AUSL di Reggio Emilia ha maturato esperienza specifica sul tema, pertanto, ci si propone di sviluppare la progettualità dapprima nel territorio della AUSL di Reggio Emilia, per poi trasferire la progettualità in tutte le AUSL della Regione.</p> <p>L'obiettivo consiste nell'individuare un percorso che consenta un reale cambio di paradigma culturale dalla CdS alla CdC, a partire dal tema dell'accoglienza e dell'avere cura, soprattutto delle frange più deboli o che non arrivano ai servizi.</p> <p style="text-align: center;"><b>Cantiere di sperimentazione per una strategia regionale delle Case della Comunità</b></p> <p><u>La Casa della Salute di Puianello</u></p> <p>Nella provincia di Reggio Emilia la realtà più avanzata di Casa della Salute è quella di Puianello avendo avviato una sperimentazione negli anni 2016-2019 (interrotta solo a causa del Covid-19) che ha visto un forte coinvolgimento della comunità, fin dall'inizio all'interno del percorso di progettazione della struttura. Questa realtà può fungere da palestra d'apprendimento per dirigenti/operatori d'area sociale, sanitaria e amministrativa al fine di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. Puianello non è un modello compiuto ma l'impianto organizzativo e territoriale attivo in Italia più vicino al paradigma della Casa della Comunità; contesto che consente agli attori chiave di valutarne gli esiti sia nei processi di cura che nei processi comunitari e sociali, partecipare ai processi territoriali, formulare livelli intermedi di sviluppo delle strutture esistenti, elaborare una strategia per territori specifici ispirata a un sistema di riferimento solido. Si ritiene quindi strategico riavviare il percorso sperimentale della CdS di Puianello attraverso la costituzione di tavoli multidisciplinari ed inter-istituzionali, con la presenza anche di referenti regionali, dove effettuare analisi, ricerca e sperimentazione sui seguenti ambiti di analisi e sviluppo.</p> <p>Le leve del cambiamento sopra citate su cui sperimentarsi sono le seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Governance: nella CdS di Puianello è stato già istituito un tavolo tecnico politico (composto da Sindaci ed Assessori dell'Unione Colline Matildiche, dai Responsabili Area Sociale, dalla Responsabile del Centro Famiglie, dal Direttore Attività Socio- Sanitarie del Distretto di Reggio Emilia, dal Direttore del Dipartimento di Cure primarie e dal Coordinatore Infermieristico) al fine di progettare attività ed iniziative di promozione della salute. Questo tavolo, ampliato con altre figure professionali, potrebbe essere esperienza innovativa per individuare nuove linee di indirizzo sui bisogni di salute di comunità e di prossimità e come sperimentazione di una possibile governance di una casa della comunità;</li> <li>2. Reti di servizio : Sviluppare percorsi orientati a sostenere la domiciliarità attraverso la messa in campo di professionisti impegnati a supportare l'utenza e i caregivers sia attraverso interventi al domicilio che con interventi con gruppi di utenti/familiari/cittadini, consolidare e sviluppare nuove connessioni tra CdS e servizi territoriali (ad es. pensare a nuovi spazi in cui possano svolgere attività e/o servizi integrati Settore</li> </ol>
---	--

Responsabilità Familiari – infanzia ed Adolescenza, Hospice, assistenza domiciliare, Associazionismo, ecc.);

3. Accoglienza ed orientamento: creazione di uno spazio in cui tutta l'utenza che deve accedere alla CdS/Casa della Comunità di Puianello sia "adeguatamente" accolta ed indirizzata anche attraverso il coinvolgimento di volontari e delle associazioni del territorio (Avis, Auser, Aima, Valore Aggiunto, Banca del Tempo...) che potrebbero anche promuovere le loro progettualità e/o servizi; questi spazi diventano quindi appositi luoghi di accoglienza e relazione, di partecipazione sociale, ambiti di sostegno alle fragilità, sedi del volontariato, ecc....ma anche luoghi di promozione delle attività, di informazione delle opportunità per creare rete sul territorio, coordinare ulteriormente tutti i servizi offerti , in particolare per i pazienti cronici, ma anche per le famiglie con figli; studio e ricerca di punti di integrazione per intercettare "chi non arriva" (coinvolgimento Talenti Sociali), per far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza, con particolare sguardo alla cronicità ed alla non autosufficienza, ma anche con particolare attenzione agli adolescenti ed ai giovani.
4. Prevenzione e Promozione degli stili di vita: coerentemente con un modello di medicina del territorio basato sul lavoro di comunità, potenziare le attività (di educazione e promozione della salute sui principali stili di vita, in stretta collaborazione con gli enti locali, con le associazioni di volontariato, con il centro famiglie, le aziende del territorio, le rappresentanze dei cittadini, ecc. integrando il lavoro di rete e community building in collaborazione con tutte le figure professionali presenti nella casa della salute (MMG, diabetologa, cardiologa, pediatra, ecc.). La casa della comunità vuole essere per tutti i cittadini del territorio una struttura di riferimento per il perseguimento degli obiettivi di salute intesa come benessere della comunità. Si prevede quindi di realizzare iniziative di prevenzione e promozione della salute sia all'interno delle strutture della casa della salute di Puianello sia in luoghi altri come ad esempio le scuole, nei luoghi dello sport per incontrare i giovani, nei centri sociali, ecc. Si sottolinea l'importanza del coinvolgimento delle associazioni, come ad es. Associazione AIMA, per la realizzazione di iniziative di gruppo con utenti/familiari/caregiver, ecc.

#### Le Case della Salute di Castellarano

Si propone di avviare un processo di partecipazione con la comunità (associazioni di promozione sociale, società sportive, parrocchie, servizi educativi per la prima infanzia, Istituti Comprensivi, soggetti gestori di strutture per anziani e disabili, singoli cittadini, imprese, medici di medicina generale) e con gli operatori dei servizi sociali e sanitari per favorire la creazione di nuove relazioni e nuove reti che rispondano in modo adeguato ai bisogni del territorio. La realizzazione di questa complessa ed innovativa impostazione presuppone un vero e proprio processo di riposizionamento culturale, di contaminazione dei saperi professionali che si aprono anche al punto di vista dei cittadini considerati non più fruitori di servizi, quanto piuttosto protagonisti corresponsabili di una complessiva definizione di un progetto di Salute.

Occorre far passare l'idea che al di là della struttura fisica la Casa della Comunità è un insieme di punti tra loro collegati. Casa come strumento nella quale trovano sede delle attività ma non solo. Non tutto deve essere dentro la casa, non deve essere totalizzante. Tutti i punti della rete sono Casa della Comunità.

Si prevede inoltre di istituire il board della comunità con rappresentanti del volontariato AVIS, PA ecc. e di individuare una figura di coordinatore della casa della comunità/agente di facilitazione capace di raccordare i punti, che faccia crescere dal basso le potenzialità, attivando tutte le risorse territoriali.

#### Le Case delle Salute nel Comune di Reggio Emilia

Per le case della comunità del capoluogo di provincia ci si riferisce ad un approccio culturale che interpreta i servizi sociosanitari come esito anche di processi partecipativi della comunità in cui sono inseriti, partendo dal presupposto che la salute si genera laddove "le persone vivono, lavorano, amano, giocano" (Alma Ata, 1978). Questo approccio tuttavia deve essere integrato dalla valorizzazione delle politiche ed esperienze diffuse e radicate in città, patrimonio collettivo del territorio, che già operano e si orientano ai principi guida di una "casa di comunità diffusa".

A partire dai percorsi di collaborazione ed empowerment della comunità che il Comune sta attuando nei quartieri della città e che producono modelli di co-governance per la risposta ai bisogni delle comunità sia attraverso l'attivazione delle risorse presenti nella comunità sia attraverso un approccio integrato al concetto di salute e ben-essere (salute, assistenza e cura, sport e socialità, educazione e cultura, animazione fino agli stili di vita e al cibo..) la Casa di Comunità potrebbe diventare non solo un hub di servizi socio-sanitari tradizionali ma anche un vero e proprio luogo sociale (risposta sociale innovativa), basato sulla centralità dei servizi collaborativi, cioè l'attivazione e l'utilizzo del maggior numero possibile di risorse presenti sul territorio e in una comunità e partire dalla valorizzazione delle capacità degli utenti stessi dei servizi.

L'ipotesi è proporre una sperimentazione e implementazione del modello su due ambiti della città riconducibili ai Poli di Servizio Sociale Territoriali ovest ed est.

Per corrispondere a questi obiettivi risulta indispensabile:

- Definire una governance di natura socio sanitaria in cui la vita della comunità, con i suoi bisogni e risorse sia al centro della programmazione dei servizi;
- Individuare da subito una funzione di coordinamento dell'intero processo di lavoro;

Individuazione e formazione di due figure professionali, "agenti di comunità" o welfare community manager, che lavoreranno a stretto contatto e supporto del coordinamento. Suoi obiettivi prioritari saranno: la lettura del contesto locale, cogliendo opportunità e limiti, l'elaborazione, in modo partecipato, di strategie di sviluppo di comunità coerenti con le scelte strategiche regionali e locali, la definizione di azioni e di elementi di valutazione dei processi sociali e dei cambiamenti. Dialogare e co-progettare con i medici di comunità, pediatri, ostetriche, infermieri, medici specialisti, che hanno sede presso la casa, operano sul territorio e parallelamente con le realtà

sociali che risiedono e agiscono nella comunità: centri sociali, associazioni di volontariato, parrocchie, scuole, realtà informali che incidono sulla costruzione di legami di comunità. Sarà obiettivo prioritario del welfare community manager immaginare come rispondere in modo nuovo, dialogico e intersettoriale alle esigenze dei cittadini;

- Un adeguato accompagnamento consulenziale, sia per la traduzione operativa di un nuovo welfare cittadino, sia per la definizione di nuove professionalità sulle cui gambe viaggerà il cambiamento.

Si propone di avviare un processo di partecipazione con la comunità (associazioni di promozione sociale, società sportive, parrocchie, servizi educativi per la prima infanzia, Istituti Comprensivi, soggetti gestori di strutture per anziani e disabili, singoli cittadini, imprese, medici di medicina generale) e con gli operatori dei servizi sociali e sanitari per favorire la creazione di nuove relazioni e nuove reti che rispondano in modo adeguato ai bisogni del territorio. La realizzazione di questa complessa ed innovativa impostazione presuppone un vero e proprio processo di riposizionamento culturale, di contaminazione dei saperi professionali che si aprono anche al punto di vista dei cittadini considerati non più fruitori di servizi, quanto piuttosto protagonisti corresponsabili di una complessiva definizione di un progetto di Salute.

#### Attività trasversali per tutti i territori della sperimentazione

I processi di innovazione richiedono di essere accompagnati dall'attivazione di alcune leve di cambiamento fondamentali su cui si propone quindi di attivare percorsi in tutti i territori coinvolti nella sperimentazione quali:

Percorso di formazione e sviluppo organizzativo con l'obiettivo sia di formare figure di prossimità specifiche sia di diffondere una nuova cultura che supporti gli operatori nell'agire il cambio di paradigma descritto in premessa. La formazione sarà rivolta a figure aziendali ma non solo e sarà multi-professionale e multidisciplinare in un'ottica di integrazione e di rete. Si ritiene fondamentale sperimentare un percorso di formazione-ricerca nel quale i partecipanti siano attivamente coinvolti anche al fine di favorire la circolazione di esperienze e competenze, ma anche la formazione su modelli organizzativi e gestionali ai fini di favorire l'elaborazione di una visione comune e di condividere strumenti operativi in grado di supportare fin da subito il cambiamento. . Inoltre, in particolare in relazione alla esperienza della Casa della Salute di Puianello, si ipotizza di sviluppare un dispositivo di diffusione e disseminazione del paradigma della Casa della comunità focalizzato sui suoi processi essenziali di accoglienza, di inclusione, di prevenzione, di cura e di generazione di progettualità territoriali centrato su una esperienza di immersione, offerta ad altre realtà territoriali di una durata significativa per vivere e respirare il contesto accompagnata da una fase di analisi riflessiva e di valutazione qualitativa .Tale sperimentazione potrà rappresentare una palestra di apprendimento per Dirigenti d'area sociale, Dirigenti d'area sanitaria, Operatori Sociosanitari e Amministratori (Governi, Regioni, Comuni).



	<p>Inoltre il percorso formativo si integrerà con il percorso di monitoraggio e valutazione descritto di seguito in modo da poter realizzare una formazione contestualizzata, sul campo, efficace e funzionale.</p> <p><u>Percorso di monitoraggio e valutazione</u> mediante ricerca qualitativa/quantitativa trasversale, come ricerca-azione per valutare in che modo i risultati dei servizi erogati impatteranno sui destinatari e sul territorio determinando un miglioramento del loro benessere. Il percorso si rivolgerà sia ai destinatari sia agli operatori coinvolti nei servizi e nelle iniziative attivate, e vedrà momenti di monitoraggio in itinere e di valutazione ex post, per rilevare sia indicatori di processo che di esito. Questa attività di ricerca verrà sviluppata su tutti i territori su cui insisterà la sperimentazione e avrà come obiettivo l'individuazione dell'impatto a breve e lungo periodo e la realizzazione di pubblicazioni sui risultati raggiunti per dare evidenza agli esiti raggiunti.</p>
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalizzazione dei percorsi formativi e numero di percorsi di formazione specifica per operatori sanitari e sociali</li> <li>• Numero di eventi formativi riguardanti soggetti sociali (Talenti Sociali)</li> <li>• Numero di persone prese in carico sul totale delle segnalazioni di bisogno agli sportelli (PUA) della Casa della Comunità</li> <li>• Istituzione e convocazione periodica di tavoli di lavoro congiunti tecnico-politici (evidenza documentale)</li> </ul>

<p>Obiettivo 2</p>	<p>Il Budget di Salute è un modello innovativo che favorisce l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità.</p> <p>Nella Regione Emilia-Romagna il Budget di Salute è definito dalle linee di indirizzo, contenute nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 1554/2015, come "uno strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi".</p> <p>Il budget di salute mette insieme il percorso di cura e il progetto di vita della persona. Sulla base delle valutazioni condotte in tutti gli assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione), viene costruito, su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, il "Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere in ciascun asse. Il PTRI, come percorso di cura orientato alla recovery della persona, si sviluppa insieme al progetto di vita.</p> <p>L'asse "abitare" risulta particolarmente interessante e meritevole di specifici approfondimenti. Allo scopo vengono identificati due progetti innovativi</p> <p>1. La AUSL di Parma ha effettuato uno specifico studio sulla sicurezza delle persone con disturbi mentali ospitati in appartamenti protetti con progetto budget di salute, attraverso audit specifici i cui esiti sono stati discussi con le Associazioni di utenti e familiari e con gli Enti gestori. L'analisi di criticità e punti di forza ha suggerito la definizione di un progetto di intervento che integri, coordini e razionalizzi azioni differenti miranti all'aumento di competenze relative al "buon abitare" e all'"abitare sicuro" per le persone coinvolte in progetti di autonomia abitativa.</p> <p>2. Lo strumento del budget di salute può essere utilmente applicato anche a progetti riguardanti altri target, come le persone con dipendenze patologiche. L'incremento di età della popolazione assistita dai SerDP ha posto in primo piano nuove problematiche assistenziali derivanti dalle comorbilità fisiche e psichiche connesse alla fragilità dei soggetti trattati. Tali bisogni possono essere correttamente intercettati con gli strumenti della domiciliarità e attraverso lo sviluppo di funzioni educative per accompagnamenti e promozione di autonomie. L'esperienza di supporto domiciliare maturata nel corso della pandemia ha contribuito a definire linee di indirizzo regionali per il supporto alla domiciliarità per le persone con dipendenze patologiche.</p>
<p>Obiettivi specifici</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento dell'appropriatezza degli interventi nell'asse abitare, razionalizzazione degli interventi di riduzione dei rischi connessi all'abitare in autonomia, miglioramento della qualità della vita</li> <li>2. Realizzazione di progetti condivisi con gli utenti dei SerDP per il supporto all'abitare in autonomia e intercettazione nuovi bisogni a cui i Servizi per le Dipendenze non forniscono risposte soddisfacenti con gli strumenti ordinari.</li> </ol>

Risultati attesi: a breve termine	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Responsabilizzazione dei pazienti e loro coinvolgimento attivo attraverso la figura del “facilitatore sociale” (utenti esperti)</li> <li>2. Ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero e lo sradicamento dai contesti di vita</li> </ol>	
Risultati attesi: a lungo termine	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riduzione degli infortuni domestici Facilitazione verso percorsi di vita totalmente autonomi Miglioramento dell’integrazione tra servizi sanitari e gestori dei progetti con budget di salute con specifica attenzione all’asse abitare</li> <li>2. Prevenire la riduzione delle autonomie personali. Favorire la continuità terapeutica. Individuare le aree di aggravamento della cronicità, di tipo sanitario e sociale, e progettare interventi di tutela della salute e del benessere sociale</li> </ol>	
Punti di forza	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Metodologia del budget di salute, con attenzione ai tre assi abitare – lavoro – socialità, diffusa su tutto il territorio regionale Esistenza di tavoli di confronto tra servizio sanitario, servizi sociali, enti gestori, associazioni utenti e famigliari sia a livello di AUSL che a livello regionale Esperienza sul tema specifico presso la AUSL di Parma</li> <li>2. Consolidata esperienza di programmi di prossimità nel settore delle dipendenze patologiche, in stretto rapporto con il terzo e quarto settore</li> </ol>	
Punti di debolezza	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disomogeneità regionale sull’offerta di abitare supportato per le persone con disturbi mentali; il progetto sarà occasione per una rivisitazione complessiva.</li> <li>2. Modello budget di salute adottato solo recentemente nel settore dipendenze patologiche.</li> </ol>	
Durata complessiva del progetto	01/01/2020	31/12/2022
Descrizione analitica del progetto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La AUSL di Parma ha maturato esperienza specifica sul tema a partire da audit clinici ed organizzativi. Pertanto, ci si propone di testare l’intervento dapprima nel territorio della AUSL di Parma, per poi trasferire la progettualità in tutte le AUSL della Regione.</li> </ol> <p>Il progetto vede come destinatari le persone con progetto budget di salute ad alta complessità che comprenda prioritariamente l’asse abitare. Particolare attenzione viene posta a giovani pazienti già dai primi anni della maggiore età. Il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuazione di strumenti di valutazione e verifica in tema di autonomia e sicurezza nell’abitare</li> <li>• Formazione/sensibilizzazione/sostegno ai pazienti sui temi dell’abitare, in particolare in relazione all’abitare sicuro</li> <li>• Realizzazione di strumenti/ausili ad uso dei pazienti sul tema della sicurezza nell’abitare</li> <li>• Approfondimento e sviluppo in tema di home care technology</li> <li>• Individuazione/stesura di buone prassi e/o linee di indirizzo</li> <li>• Diffusione delle buone prassi a tutte le AUSL della Regione Emilia-Romagna.</li> </ul>	

	<p>2. Sulla base del lavoro di un gruppo di professionisti e direttori di programma dipendenze patologiche, è stato messo a punto un documento di riferimento per l'attuazione di interventi a supporto della domiciliarità per persone con dipendenze patologiche, anche sulla base dell'esperienza maturata nel corso della pandemia. Il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mappa dei bisogni e delle risorse locali. Descrizione delle aree di intervento (domicili di utenti; aree di aggregazione; luoghi topici); Servizi, associazioni, cooperative che possono essere coinvolti (in aggiunta al Ser.DP) sulle progettualità; Strumenti di valutazione dei bisogni.</li> <li>• Formazione delle professionalità coinvolte (da effettuare in parte in Regione e in parte localmente): comorbilità fisiche psichiche; linguaggio; tecniche di ascolto attivo; problem solving; mediazione culturale. Particolare attenzione dovrà essere dedicata all'utilizzo dei social e delle tecnologie informatiche per il mantenimento del collegamento con l'utenza e la diffusione delle informazioni.</li> <li>• Costituzione di staff di progetto multiprofessionali e interservizi per la costruzione delle progettazioni e la presa in carico condivisa.</li> <li>• Individuazione delle persone che necessitano di interventi di domiciliarità.</li> <li>• Analisi dei bisogni specifici e individuazione delle aree di intervento.</li> <li>• Definizione di progetti personalizzati.</li> <li>• Implementazione e valutazione dei singoli progetti.</li> </ul> <p>Relazione finale documentale.</p>
--	--

Indicatori di risultato	<p>E' previsto un piano di valutazione che verrà strutturato sulle seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizioni dei Programmi con Budget di Salute nei Servizi di Salute mentale adulti</li> <li>• Erogazione del Trattamento socio-riabilitativo casa abitare, che include gli inserimenti in Appartamento a bassa intensità assistenziale o altre forme di alloggio, l'Assistenza domiciliare o intervento riabilitativi o educativi</li> <li>• Ricoveri ospedalieri per gli assistiti con interventi socio-riabilitativi casa abitare</li> <li>• Erogazione del Trattamento socio-riabilitativo casa abitare</li> </ul> <p>La cartella socio-sanitaria CURE (Cartella unica regionale elettronica dei Servizi del DSM-DP) sarà uno degli strumenti per ricavare le informazioni utili per la valutazione del progetto.</p> <p>Oltre al monitoraggio degli informatori sopra riportati, il progetto prevede un:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del 5% del "Trattamento socio-riabilitativo casa abitare</li> <li>• Aumento del 5% delle prestazioni erogati a domicilio.</li> <li>• Un calo sostanziale dei ricoveri in SPDC degli assistiti ai quali è stato erogato un intervento di Budget di salute o un Trattamento socioriabilitativo casa abitare</li> </ul>
-------------------------	--



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

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 4 agosto 2021

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

Nella odierna seduta del 4 agosto 2021:

VISTO l'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, concernente "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", 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;



## *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

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 l'articolo 1, comma 11, del citato decreto-legge il quale prevede che "al termine del periodo di sperimentazione di cui al comma 4-*bis*, le regioni e le province autonome provvedono a trasmettere ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze una relazione illustrativa delle attività messe in atto e dei risultati raggiunti";

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";

VISTA la nota del 19 maggio 2021, con la quale il Ministero della salute 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;

VISTA la nota di questo Ufficio di Segreteria del 21 maggio 2021, con la quale è stata diramata la suddetta documentazione alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano con contestuale convocazione di una riunione tecnica tenutasi in data 8 giugno 2021, nel corso della quale, dopo ampio e approfondito confronto, si è registrato l'assenso tecnico delle Regioni;

VISTA la nota in data 11 giugno 2021, con la quale il Coordinamento interregionale in sanità ha comunicato formalmente l'assenso tecnico sul provvedimento in parola;

CONSIDERATO che il punto, iscritto all'ordine del giorno della seduta di questa Conferenza del 17 giugno 2021, è stato rinviato su richiesta delle Regioni per ulteriori approfondimenti tecnici;

VISTA la nota del 5 luglio 2021, con la quale l'Ufficio di Segreteria della Conferenza, ai fini del prosieguo dell'istruttoria, ha convocato una riunione tecnica che si è tenuta in data 15 luglio 2021, nel corso della quale si è svolto un proficuo confronto tra i rappresentanti del Ministero della salute e delle Regioni;

VISTA la nota in data 23 luglio 2021, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione del provvedimento in parola, che recepisce le osservazioni formulate dalle Regioni in sede tecnica, diramata dall'Ufficio di Segreteria della Conferenza con nota del 26 luglio 2021;

VISTA la nota del 27 luglio 2021, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione Salute ha comunicato l'assenso tecnico;

CONSIDERATO che il provvedimento iscritto all'ordine del giorno della seduta del 29 luglio 2021 non è stato esaminato, in quanto la seduta non ha avuto luogo;



## *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

CONSIDERATO che, nel corso della odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province Autonome hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa sul provvedimento, nella versione diramata il 26 luglio 2021;

ACQUISITO, quindi, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano;

### SANCISCE 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 nei seguenti termini:

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

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;

### SI CONVIENE

sul documento recante "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità", (Allegato 1) parte integrante del presente atto;

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. le Regioni e le Province autonome devono presentare al Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, via posta certificata ([dgprog@postacert.sanita.it](mailto:dgprog@postacert.sanita.it)), entro 90 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;



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

- 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 2, 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. 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.

Il Segretario  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Il Presidente  
On.le Mariastella Gelmini

SLR/AC





*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 .....	3
Relazione dei risultati raggiunti con il progetto .....	5
Scheda di progetto .....	6
Scheda dei risultati raggiunti con la sperimentazione delle strutture di prossimità .....	8

## 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 programmate 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).

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.

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.

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

## **Pianificazione del progetto**

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

### Parole chiave

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

### Finalità del progetto

Sperimentazione, per un biennio, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione sanitaria e sociale, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato

locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità.

#### 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:

- dotarsi di strumenti innovativi quali il budget di salute individuale e di comunità;
- prevenire l'istituzionalizzazione soprattutto dei pazienti anziani e fragili;
- migliorare l'autonomia delle persone con disabilità, fornendo servizi domiciliari sanitari e sociali di comunità;
- considerare la casa come primo luogo di cura;
- offrire un'assistenza domiciliare e comunitaria più ampia e inclusiva;
- garantire equità di accesso all'assistenza socio-sanitaria;
- utilizzare la telemedicina;
- consolidare il ruolo della collettività, anche attraverso l'individuazione di una struttura, che diventa un punto di riferimento locale per le questioni sociali e sanitarie;
- promuovere un servizio integrato e un modello di intervento multidisciplinare;
- facilitare la comunità nell'accesso all'assistenza socio-sanitaria;
- informare la comunità dei servizi offerti;
- servirsi di professionisti che già lavorano nell'assistenza territoriale. In particolare della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità, già introdotta dal Decreto Legge n. 34/2020.

#### 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.

## **Relazione dei risultati raggiunti con il progetto**

### Durata del progetto

Indicare l'effettiva data di inizio e chiusura della sperimentazione.

### Indicatori di risultato

Indicare, per ciascun obiettivo specifico del progetto, il valore numero dell'indicatore di risultato raggiunto.

### Trasferibilità

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

### Criticità rilevate

Indicare le più rilevanti criticità affrontate e le soluzioni adottate.

## Scheda di progetto

SCHEDA DI PROGETTO			
1	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>		
2	<b>REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA</b>		
3	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>		
	<b>Finanziamento</b>	<b>Riferimento (Delibera regionale, atto ecc.)</b>	<b>Importo</b>
	<i>Risorse assegnate per l'anno 2020</i>		
	<i>Risorse assegnato per l'anno 2021</i>		
4	<b>DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DI ESPERIENZE ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE/P.A</b>		
5	<b>OBIETTIVI</b>		
6	<b>RISULTATI ATTESI</b>		
	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i>		
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto</i>		
7	<b>PUNTI DI FORZA</b>		
	<i>Indicare i punti di forza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>	
8	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>		
	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>	



9	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista
			31 dicembre 2022

<b>DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>	
10	

<b>Indicatori di risultato previsti</b>	
11	

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

SCHEDE DEI RISULTATI RAGGIUNTI		
1	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	
2	<b>REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA</b>	
3	<b>DURATA DEL PROGETTO</b>	Data inizio progetto
		Data presentazione risultati
4	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	
	<b>Obiettivo specifico del progetto</b>	<b>Indicatori di risultato raggiunti</b>
5	<b>TRASFERIBILITÀ</b>	
	<b>Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto</b>	<b>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</b>
6	<b>CRITICITA' RILEVATE</b>	



REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Fabia Franchi, Responsabile del SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/2108

IN FEDE

Fabia Franchi

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/2108

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

**Atti amministrativi**

**GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 2040 del 29/11/2021

Seduta Num. 54

OMISSIS

---

L'assessore Segretario

Corsini Andrea

---

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi