



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), 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

Firmato digitalmente
da GELMINI
MARIASTELLA
C-1
0 - PRESIDENZA
CONSIGLIO DEI
MINISTRI

SLR/AC

ALLEGATO I



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 sul 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, ricerche 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

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

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

10	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO	

11	Indicatori di risultato previsti	

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	CRITICITA' RILEVATE	



Scheda di Progetto			
1	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	"Curare@casa: il lavoro di comunità e la rete di prossimità per un benessere consapevole e sostenibile"	
2	Regione/Provincia Autonoma	Lazio	
3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Finanziamento</i>	Riferimento (Delibera regionale, atto, ecc.)	Importo
	<i>Risorse assegnate per l'anno 2020</i>	L. 17/07/2020 n. 77; L. n. 34/2020; Rep. Atti n. 134/CSR del 04/08/2021	Euro 2.419.591,69
	<i>Risorse assegnate per l'anno 2021</i>		Euro 2.398.526,00
4	DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DI ESPERIENZE GIA' ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE /P.A	<p>Regione Lazio è fortemente impegnata nel rafforzamento dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, attraverso l'implementazione ed il potenziamento delle azioni di promozione, prevenzione, terapeutiche ed assistenziali domiciliari. In tal senso, sono già presenti, a livello delle singole Aziende Sanitarie, diverse sperimentazioni di "strutture di prossimità" per la promozione della salute, la prevenzione, la presa in carico e la riabilitazione rivolta ai soggetti fragili (disabilità fisica, psichica, non autosufficienza). Il progetto complessivo si articola in specifiche linee di attività riconducibili alla promozione della cura presso il domicilio, attraverso interventi integrati e supportati dalla Telemedicina con l'attivazione di Reti di prossimità e la sperimentazione di esperienze di Co-housing, da implementare inizialmente in 3 AA.SS.LL. della regione (ASL Roma 1 e ASL Roma 2 – Città metropolitana; ASL Roma 4 – Provincia di Roma) in funzione dello specifico contesto territoriale.</p> <p>La scelta di effettuare la sperimentazione nelle suddette AASSLL regionali, deriva dalla riflessione su alcuni dati epidemiologici, che si riportano sinteticamente.</p> <p>Nella ASL Roma 1, il Municipio II, all'interno del quale insiste l'area del Villaggio Olimpico e Flaminio nel cui territorio verrà effettuata la sperimentazione, ha una popolazione totale di 167.000 abitanti, con il 25.2% di persone over 64 aa., un'indice di vecchiaia elevato ed un'alta presenza di famiglie monocomponenti. La zona urbanistica del quartiere Flaminio, situata nella periferia nord-occidentale del Municipio, con una popolazione totale di 16.000 abitanti, presenta un marcato degrado ambientale, mancanza di servizi sanitari, basso livello di scolarità. La presenza di indicatori</p>	

		<p>socioeconomici relativamente peggiori rispetto al Municipio circostante e l'elevata concentrazione di popolazione anziana (spesso in condizioni di mono-familiarità) potrebbero correlare ad una maggiore domanda di salute da parte della popolazione residente nell'area (anche collegata all'attuale emergenza epidemiologica), configurandola come un'isola di deprivazione relativa, in un contesto complessivamente agiato. Altra variabile a supporto della fattibilità del Progetto è rappresentata dal fatto che nel Municipio II è presente una attività importante del terzo settore e del volontariato, quali risorse attive della comunità. Inoltre, nel territorio della ASL Roma 1, l'analisi dei flussi di attività del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e del Distretto XV relativi all'anno 2020, evidenziano che i Servizi del Distretto XV riescono ad intercettare solo parzialmente i casi di coesistenza di disturbi come Disturbi da Uso di Sostanze (DUS), <i>addiction</i>, disturbi psichiatrici, disturbi del neuro-sviluppo, disturbi della regolazione e disturbi della disabilità intellettiva con disturbi psicopatologici d'innesto <i>-co-occurring disorders-</i> e che offrono in maniera disomogenea un percorso integrato di trattamento come, invece, raccomandato dalle linee guida. Al tempo stesso, è necessario individuare un percorso dedicato all'identificazione del bisogno abitativo, sia tra gli utenti del DSM che tra i disabili adulti, e al sostegno all'abitare vero e proprio. Tale percorso, localizzato all'interno del Polo Cassia, prenderà il nome di "Centrale dell'abitare".</p> <p>Il Polo ospita attualmente alcuni servizi del DSM e del Distretto XV, quali: un presidio della UOC Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale (PIPSM), un presidio della UOC Salute Mentale XV, la UOC TSMREE XV, il Consultorio e il PUA del Distretto XV.</p> <p>I dati clinici riferiti al 2020 di <i>co-occurring disorders</i> (tra disturbi psichiatrici e Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e Disturbi della Condotta Alimentare (DCA) nel Distretto XV - CSM della UOC SM D XV, indicano che:</p> <p><i>co-occurring disorders:</i></p> <p>I. con disturbi di competenza del SerD, DUS (2020): N. 60 pazienti (4% della prevalenza), di cui N.38 sono in trattamento integrato e N.22 sono trattati esclusivamente dal CSM;</p> <p>II. con disturbi di competenza dei Servizi per i DCA (2020): N.4 pazienti (0,3% della prevalenza), di cui N.2 in trattamento integrato e N.2 trattati esclusivamente dal CSM</p> <p>pazienti con figli, di competenza del PIPMS/TSRMEE:</p> <p>I. N.9 (2020) per il TSRMEE di cui N. 6 per cui è in essere una collaborazione formale tra i Servizi competenti;</p> <p>II. N.3 per il PIPSM di cui N.2 per i quali è in essere una collaborazione formale tra i Servizi competenti.</p> <p>I dati del presidio della UOC PIPSM (14-25 anni):</p> <p>✓ <i>co-occurring disorders</i> tra disturbi psichiatrici e Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e Disturbi della Condotta Alimentare (DCA): N.7 pazienti (4% della prevalenza) con DUS</p>
--	--	--

		<p>e N.2 pazienti (1% della prevalenza) con DCA seguiti con i rispettivi Servizi competenti.</p> <p>I dati del presidio della UOC TSRMEE:</p> <p>✓ pazienti con genitori, di competenza del CSM: N.6 (2020), per i quali è in essere una collaborazione formale tra i Servizi competenti.</p> <p>I dati della UOSD DCA:</p> <p>✓ <i>co-occurring disorders</i> tra Disturbi della Condotta Alimentare (DCA) e Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e Disturbi psichiatrici (CSM, PIPSM, TSRMEE): N.2 pazienti con DUS e N.4 pazienti con i Servizi Psichiatrici (2 con il CSM e 2 con il PIPSM) seguiti con i rispettivi Servizi competenti.</p> <p>I dati del SerD della UOC Dipendenze:</p> <p>✓ <i>co-occurring disorders</i> tra Disturbi da uso di sostanze e Disturbi psichiatrici (CSM): N.45 (2020) sono in trattamento integrato.</p> <p>I dati della Disabilità Adulti:</p> <p><i>co-occurring disorders</i> tra Disturbi della Disabilità Adulti.</p> <p>La ASL Roma 2 è caratterizzata da un territorio molto vasto e variegato, nel quale si registra una proporzione di popolazione residente in aree ad alta deprivazione, superiore alla media regionale (25% vs 20%). La struttura demografica rispecchia quella di una popolazione anziana (indice di vecchiaia superiore alla media aziendale e comunale), caratterizzata da un tasso di mortalità più alto di quello di natalità e da una elevata proporzione di anziani rispetto ai giovani. Ciò comporta la presenza nella ASL Roma 2 di un'alta percentuale di pazienti anziani fragili.</p> <p>Nel complesso, la percentuale totale di pazienti over 65 all'interno della ASL Roma2 è del 21%, di cui 33% considerati fragili. Su una popolazione totale, quindi, di circa 1.299.861 residenti (dati ISTAT 2019), riscontriamo un numero di anziani pari a 281.983, di cui 93.054 in condizione di fragilità.</p> <p>Nella ASL Roma 4, n. 1.152 soggetti si sono rivolti al SerD (Servizio per le Dipendenze) e sono stati presi in carico per diversa tipologia di dipendenza, esclusi i soggetti in carcere (n. 850 per dipendenza da droghe; n. 244 per dipendenze da Alcool; n. 41 per dipendenze da gioco d'azzardo e n. 13 per altre dipendenze patologiche). In generale, si stima che circa il 50% dei consumatori di droghe ed il 90% dei consumatori di alcool non si rivolgano ai SerD, pertanto si stima che nella ASL Roma 4 il numero di soggetti con dipendenze patologiche da droghe di varia tipologia sia almeno di n. 1700 soggetti, mentre i soggetti che presentano un consumo problematico di alcool sarebbero circa 2.500. Inoltre, le persone in carico al DSM nell'anno 2020 risultano n. 3.678, per un totale di 29.674 prestazioni, che raggruppano viste specialistiche psichiatriche, interventi diagnostico-valutativi, prestazioni di psicoterapia, colloqui terapeutici di sostegno, interventi socio-assistenziali, controllo parametri vitali, somministrazione farmaci, prestazioni terapeutico-riabilitative, impegnative di ricovero, interventi istituzionali e</p>
--	--	--

	<p>di collegamento, ed il dato risulta in sostanziale aumento per l'anno 2021, in linea con le recenti evidenze scientifiche che testimoniano un incremento del disagio psichico e psicologico in conseguenza della pandemia. Pertanto, in continuità con una progettualità innovativa denominata "Le convivenze protette per persone con disagio psichico e sociale", avviata nel 2012 presso il Comune di Civitavecchia ed in via di espansione, si evidenzia la necessità di consolidamento di esperienze di Co-housing per persone fragili (con disturbi psichiatrici e/o dipendenze, con disabilità fisica e mentale, soggetti anziani con pluripatologie, persone senza fissa dimora), che si avvale della collaborazione tra la ASL, il Terzo Settore (Comunità di Sant'Egidio) e gli Enti Locali. La promozione del benessere e dell'autonomia personale, favorendo il contesto di vita abituale, sono volte a prevenire l'aggravamento delle patologie ed a mantenere una buona qualità di vita. Tali esperienze sono caratterizzate da una domiciliarità aperta, connessa con i servizi in grado di fornire risposte assistenziali tempestive e flessibili, volte all'assistenza ma anche attente ai bisogni sociali che spesso si accompagnano alle situazioni di fragilità.</p> <p>Le linee progettuali riguardano la presa in carico e la gestione della fragilità e della cronicità attraverso soluzioni di co-housing e di potenziamento dell'assistenza domiciliare, con l'ausilio della telemedicina.</p> <p>La promozione della residenzialità domiciliare e il potenziamento dell'assistenza sociosanitaria territoriale consentono, consentono di prevenire la istituzionalizzazione e facilitare la de-istituzionalizzazione dei soggetti fragili, tutelati nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. La categoria prevalente di soggetti fragili, ai quali le linee progettuali si rivolgono, è costituita da soggetti con disabilità fisica o psichica e/o con dipendenze e soggetti anziani con pluri-patologie. Il comune denominatore di tutte le categorie target destinatarie è la condizione di disagio sociale e di isolamento.</p> <p>Gli interventi proposti si basano su progettualità innovative, che prendono avvio da esperienze già attivate presso alcune Aziende Sanitarie regionali, e vedono il coinvolgimento della ASL (Distretto e Dipartimento di Salute Mentale), del Terzo Settore e del Volontariato, degli Enti Locali, attraverso la stipula di specifici protocolli di Intesa.</p> <p>Nello specifico, la progettualità volta a favorire la presa in carico e la cura dei fragili presso il domicilio rappresenta una risposta funzionale di sintesi tra tecnologia, cultura e medicina del fare, che utilizza le competenze cliniche coordinate con i servizi ADI e di assistenza alla persona, attraverso un processo di "tutoring" verso i soggetti fragili più complessi, identificati sul territorio o in dimissione dalle strutture ospedaliere.</p>
--	--

5	OBIETTIVI	<p>Lo scopo principale del progetto è la sperimentazione, nel biennio 2021-2022, di un possibile modello regionale di residenzialità leggera e di strutture di prossimità per persone fragili che favorisca la realizzazione di una rete attorno al soggetto promuovendo l'inclusione, il benessere, la qualità della vita e l'autonomia. La progettualità si colloca, pertanto, all'interno di una "Sanità di Iniziativa", che operi attraverso una rete di prossimità nella Comunità, declinando il concetto di "Strutture di Prossimità" con il concetto di Rete di Prossimità. Il progetto ha altresì lo scopo di prevenire l'aggravamento di patologie già esistenti, evitare ricoveri impropri e garantire la sostenibilità economica a fronte del raggiungimento di più efficaci risultati dal punto di vista sociale e sanitario.</p> <p>Obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none">- Potenziamento delle capacità di intercettare l'utenza in comorbilità/fragilità per l'inserimento in percorsi di cura integrati ed appropriati a bisogni complessi;- Presenza in carico dei soggetti fragili e/o cronici secondo principi di equità, solidarietà, appropriatezza ed efficienza, sia per gli aspetti sanitari che sociali, attraverso interventi sinergici tra ASL, Terzo settore, volontariato, Enti locali;- Realizzazione di strutture di prossimità per l'aumento del benessere, dell'autonomia e della qualità di vita, intese come luoghi di incontro, inclusione, attività riabilitative e volontariato nei Distretti delle ASL e nei Comuni sede delle convivenze;- Integrazione ospedale – territorio, inteso nelle sue diverse declinazioni;- Valorizzazione del protagonismo delle Comunità attive;- Offerta di assistenza domiciliare e comunitaria ampia ed inclusiva, che raggiunga sia persone con totale perdita di autonomia, sia persone in condizioni di fragilità, estendendo il target ed intercettando bisogni latenti di soggetti con fragilità lieve e moderata;- Promozione della tele-medicina a sostegno della continuità assistenziale ed a supporto della promozione della salute e del monitoraggio clinico dei soggetti fragili;- Diminuzione tassi di ricoveri impropri in Pronto Soccorso, Reparto Psichiatrico Diagnosi e Cura, Reparti di Medicina, RSA, Case di Cura, Comunità terapeutiche;- Riduzione dei tassi di contagio da Covid-19 tra i soggetti fragili, in quanto le convivenze protette rappresentano soluzioni abitative per un numero ristretto di persone (4 in media).
6	RISULTATI ATTESI <i>A breve termine che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i>	Potenziamento della Continuità assistenziale, sia rafforzando l'integrazione ospedale - territorio, sia attivando sinergie tra le diverse componenti del territorio, sia istituzionali che di comunità;

		<p>Potenziamento e miglioramento delle strutture di prossimità esistenti (convivenze protette per soggetti fragili) modulando il personale di assistenza territoriale sia dal punto di vista qualitativo, attraverso la promozione di iniziative formative mirate, che quantitativo, modulando l'intensità dell'assistenza delle convivenze in base alla tipologia e grado di complessità dei bisogni assistenziali degli ospiti; Maggiore integrazione degli interventi del Terzo Settore e del Volontariato con l'attività assistenziale erogata dalle ASL e dall'Ente locale.</p>
	<p><i>A lungo termine, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto</i></p>	<p>Implementazione di un modello di residenzialità leggera, assistenza sociosanitaria ed inclusione sociale rivolta a diverse categorie di soggetti fragili (persone con disabilità mentale e/o fisica, persone provenienti dal carcere e/o dalle REMS con disturbi mentali, anziani fragili); Promozione di un nuovo modello assistenziale, fortemente orientato agli aspetti di prevenzione, intercettazione precoce del bisogno e presa in carico globale delle persone fragili; Miglioramento della qualità di vita dei soggetti fragili e dei familiari/caregiver.</p>
7	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie per l'implementazione
	<p>1. Collaborazione tra partner consolidata; 2. Consolidamento dell'esperienza che ha già raggiunto importanti risultati in termini di efficacia e di efficienza; 3. Coerenza e linearità della proposta progettuale.</p>	<p>Le progettualità proposte nascono da consolidate collaborazioni tra il Terzo Settore (ad es. Comunità di Sant'Egidio, Caritas) ed i Dipartimenti e Servizi delle ASL (DSM; SerD, Disabilità adulti, Distretto). La collaborazione si estende agli Enti Locali (Comuni), in particolare ai Servizi Sociali ed al Welfare. Il bisogno di assistenza socio sanitaria presso il domicilio, così come la necessità di alloggio e di inclusione, è fortemente diffuso e genera una forte domanda di strutture di prossimità. Il protocollo di intesa tra Istituzioni pubbliche e privato sociale riguardo le convivenze protette, delineando in modo puntuale ruoli e competenze, facilita lo sviluppo della progettualità e rappresenta una garanzia di governance. La proposta di risposte integrate ai bisogni, inevitabilmente complessi, dell'utenza favorisce lo sviluppo di una cultura integrata tra Servizi, più potente della sommatoria dei distinti segmenti di cura. Le progettualità proposte, in fase di sperimentazione presso alcune Aziende sanitarie regionali, ha raggiunto significativi risultati in termini di salute, pubblicizzati in convegni regionali ed attraverso articoli scientifici.</p>
8	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	<p>Sostenibilità del progetto dopo la fase sperimentale; Complessità degli obiettivi.</p>	<p>Difficoltà nel procedere verso una maggiore osmosi ed interscambio fra le diverse culture dei servizi, resistenze al cambiamento, continuità delle risorse umane ed economiche.</p>

9	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista 01/11/2021	Data termine prevista 31/12/2022
10	<p style="text-align: center;">DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</p> <p>Regione Lazio intende implementare nei territori di 3 AA.SS.LL. (ASL Roma 1 e ASL Roma 2 – Città metropolitana; ASL Roma 4 – Provincia di Roma) progettualità riconducibili a due filoni principali riguardanti le Reti di prossimità a sostegno del Co-housing e la promozione della cura presso il domicilio, attraverso interventi integrati e supportati dalla Telemedicina.</p> <p>La promozione della residenzialità domiciliare intende rafforzare l'assistenza sociosanitaria territoriale, prevenire la istituzionalizzazione e facilitare la de-istituzionalizzazione dei soggetti fragili tutelati nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Il target è rappresentato da soggetti fragili (disabilità fisica, psichica, non autosufficienza) e si basa su progettualità innovative già sperimentate nelle ASL Roma 1, ASL Roma 2 e ASL Roma 4 riguardanti le convivenze protette per persone con disagio psichico e sociale in strutture di prossimità gestite in collaborazione tra le ASL, il Terzo Settore e gli Enti Locali attraverso un protocollo di Intesa. La presente progettualità, pertanto, è finalizzata al potenziamento e perfezionamento delle esperienze esistenti ed alla creazione di un modello regionale consolidato. Nella proposta, la struttura di prossimità viene ulteriormente declinata (ASL Roma 2) in un modello di assistenza integrata complessa rivolta alle persone in stato vegetativo (SV) o in stato di minima coscienza (SMC), ovvero pazienti con totale assenza di autonomia, clinicamente stabili, che rispondono a precisi criteri di eleggibilità per l'assistenza sanitaria a domicilio (assistenza domiciliare tutelare integrata), verificati attraverso la Valutazione Multi Dimensionale (VMD). In questo caso, la ricaduta in termini di miglioramento della qualità di vita investe anche i familiari e i caregiver.</p> <p>Nella Asl Roma 4 in particolare verrà sperimentato un modello di residenzialità leggera e di strutture di prossimità per persone fragili che favorisca la realizzazione di una rete attorno al soggetto promuovendo l'inclusione, il benessere, la qualità della vita e l'autonomia. Il progetto ha altresì lo scopo di prevenire l'aggravamento di patologie già esistenti, evitare ricoveri impropri e garantire la sostenibilità economica a fronte del raggiungimento di più efficaci risultati dal punto di vista riabilitativo-terapeutico. La tipologia prevalente di soggetti fragili, ai quali il progetto si rivolge, è costituita da coloro che soffrono disturbi psichiatrici e/o con dipendenze, non trascurando però anche altre categorie come i soggetti con disabilità fisica e mentale e i soggetti anziani con pluri-patologie. Un comune denominatore di tutte le tipologie target è costituito dalla condizione di particolare disagio sociale e isolamento. L'intervento sperimentale si basa su una progettualità innovativa già collaudata nella ASL Roma 4 denominata "le convivenze protette per persone con disagio psichico e sociale" che si avvale della collaborazione tra ASL, il Terzo Settore e gli Enti Locali suggellata da un protocollo. Il progetto già esistente ha raggiunto importanti risultati in termini di salute pubblicizzati in convegni regionali con operatori del settore ed articoli scientifici.</p> <p>Partendo dal Comune di Civitavecchia, laboratorio del progetto per la presenza della Comunità di Sant'Egidio e sede della Direzione Aziendale e della Direzione della Salute Mentale della ASL Roma 4, il progetto sperimentale si estende a tutti e quattro i distretti della ASL ed in particolare ai Comuni più popolosi.</p> <p>Presso la ASL Roma 1 il progetto è centrato sull'innovazione dell'organizzazione e della prassi in integrazione fra i servizi del DSM e del Distretto XV, in un particolare e limitato contesto territoriale.</p> <p>Il Polo sperimentale propone un Servizio in grado di intercettare più precocemente i <i>co-occurring disorders</i>, così da attivare un percorso di presa in carico integrata da parte dei Servizi di competenza, che migliori la prognosi dei disturbi e riduca i rischi di cronicizzazione.</p> <p>Ci si propone di potenziare la capacità di intercettare l'utenza in comorbilità stimabile intorno al 20%, in linea con i dati attuali di prevalenza ed incidenza della letteratura, e che il 100% dei pazienti con comorbilità siano indirizzati ad un percorso di cura integrato ed appropriato.</p>		

Sul piano organizzativo, il Polo sarà strutturato in modo da garantire un lavoro integrato, attraverso l'individuazione di équipe multispecialistiche, con case manager e attivazione di percorsi e progetti personalizzati, finalizzata a rispondere a bisogni complessi attraverso una collaborazione attiva fra équipe del DSM e del Distretto.

All'interno del Polo saranno presenti i servizi delle seguenti UOC/UOSD: UOC SM XV, UOC TSMREE, UOC PIPSM, UOC Dipendenze, UOSD DCA, PUA e Disabilità Adulti Distretto XV.

Sarà inoltre obiettivo del Polo potenziare il collegamento con la rete dei servizi alla persona presenti nel territorio, in particolare gli altri servizi del Distretto e del Municipio, con i quali sarà opportuno consolidare modalità di scambio e di collaborazione sulle situazioni che richiedono interventi socio-sanitari e assistenziali, per l'utente e la sua famiglia. Saranno altresì valorizzate le risorse utili nella costruzione di una progettualità di rete in risposta ai bisogni di salute delle persone, nello specifico la realtà della comunità territoriale come il volontariato, l'associazionismo, il terzo settore.

Il Polo si articolerà in interventi di *front office* e di *back office* integrato, effettuato dal DSM e dal Distretto XV, in cui si effettueranno: la fase di analisi del bisogno dell'utente, la fase di valutazione e la fase di definizione del percorso più adeguato attraverso un progetto terapeutico individualizzato (PTI).

Gli inviati saranno: DEA e SPDC, MMG, PLS, Municipio, Scuola, Magistratura, GIL, ecc.

Altra linea di intervento è la Centrale dell'Abitare (ASL Roma 1) che sarà rivolta a utenti affetti da patologie relative alla Disabilità fisica e psichica e intende attivare un percorso a supporto della vita indipendente con interventi che favoriscano l'autonomia, l'empowerment e la permanenza nel proprio ambiente di vita, in linea con quanto indicato dalla missione 6 del PNRR recentemente approvato.

Nella ASL Roma 1 sono già attive esperienze di "Sostegno all'Abitare" per persone con disabilità in carico ai Servizi della Disabilità Adulti. Analogamente è attivo un Servizio di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) per utenti adulti in carico al DSM. Tali servizi hanno determinato un miglioramento della qualità della vita, dell'inclusione sociale e ridotto sensibilmente il ricorso improprio ai ricoveri e all'istituzionalizzazione.

Le tipologie di intervento, domiciliari e comunitari, si configurano come a breve e a medio termine con verifiche periodiche ed eventuali rimodulazioni del programma stesso. Gli interventi verranno realizzati nei luoghi di vita dell'utente con l'individuazione di figure professionali idonee, in risposta a specifici bisogni saranno attivati i seguenti interventi:

1. Interventi sociali di rete
2. sostegno psicologico
3. infermieristici
4. riabilitazione psicosociale

Complementare all'implementazione di strutture di prossimità è il potenziamento dell'assistenza domiciliare, nell'ottica di una sempre maggiore e personalizzata "cura" presso il domicilio per i soggetti fragili. (ASL Roma 2)

A tale proposito, particolare attenzione viene posta ai passaggi dal setting ospedaliero al setting territoriale e domiciliare, identificati come critici per la continuità assistenziale. In particolare, per i soggetti anziani, affetti da pluripatologie, spesso croniche, l'allungamento del tempo di ricovero peggiora la prognosi, mentre la continuità assistenziale risulta favorita dall'introduzione di attività strutturate di telemonitoraggio e telenursing delle condizioni cliniche e funzionali.

Attraverso una precoce identificazione del paziente fragile, l'Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera (UVGO) e l'équipe Neurologica signaleranno alla UVG del territorio (ADI) il caso clinico per la condivisione del PAI. Verrà costituita apposita cartella con un diario clinico per la sorveglianza del caso "ricoverato in corsia virtuale". La UVM così costituita, rappresenta la struttura di presa in carico delle esigenze cliniche e assistenziali del paziente anziano fragile a domicilio. Tale presa in carico da parte dell'UVM, vedrà l'ampia collaborazione sia del personale

medico e infermieristico delle UOC Geriatria, della Neurologia dell'ospedale S. Eugenio e della UOC ADI ASL Roma 2, rappresentando la struttura organizzativa clinico-assistenziale di riferimento.

- a) La Centrale Operativa Aziendale (COA), attraverso il Servizio di Telemedicina provvederà alla consegna al paziente del KIT, alla formazione del paziente e dei suoi familiari all'uso e alla sua registrazione in piattaforma;
- b) Attraverso una quotidiana attività di telenursing e valutazione dei parametri registrati in piattaforma (secondo cut-off di gravità) la COA garantirà la gestione di telemonitoraggio ottimale per questi pazienti, con la possibilità di inviare consulenze (teleconsulto) all'equipe geriatria territoriale come primo livello o a quella ospedaliera come secondo livello;

Seguirà una fase di formazione specifica da parte della UOC Geriatria per i medici del territorio.

La continuità assistenziale, evidentemente, può riguardare anche la possibilità di ricovero non in emergenza, da parte del MMG o del medico della UOC Assistenza Domiciliare Integrata, che potranno attivare la UVM per una visita domiciliare, che potrà essere in:

1. inserimento in telemonitoraggio-telenursing da parte della COA;
2. richiesta di teleconsulto con la UVG territoriale od ospedaliera della UOC di Geriatria.

In caso di necessità di ricovero, si attiverà un percorso preferenziale di ammissione del paziente anziano fragile in DEA o, se possibile, direttamente nella UOC Geriatria per Acuti o nella UOC Neurologia, per la gestione della patologia acuta o cronica riacutizzata.

Il Distretto svolgerà una attività di rete ed interfaccia con i MMG, svolta in collaborazione con la UOC Cure Primarie ed il PUA.

I MMG saranno informati tempestivamente delle dimissioni dai Reparti Geriatria e Neurologia per poter poi garantire la continuità assistenziale del paziente posto in "corsia virtuale" e saranno coinvolti per l'intervento di primo livello per i casi presi in carico dalla centrale di monitoraggio.

L'assistenza domiciliare "dedicata" al paziente anziano fragile sarà effettuata da una Unità di Valutazione Geriatrica Ospedale-Territorio (UVM), costituita da personale integrato ospedaliero e territoriale, con il più alto livello di coinvolgimento delle differenti professionalità (medici, infermieri assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, operatori del Terzo Settore).

Le modalità di lavoro e di articolazione operativa del progetto vengono declinate all'interno di un protocollo operativo condiviso dagli attori responsabili del progetto.

Il miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita della popolazione fragile, intesa anche come Comunità di persone in condizione di fragilità socio sanitaria (anziani fragili affetti da multipatologie croniche e vulnerabilità sociali spesso in condizioni di mono-familiarità, disabilità di vario grado minori ed adulti, disturbi mentali, dipendenze, disagio sociale, comunità "hard to reach"), può infine essere perseguita attraverso un modello organizzativo, socio-sanitario integrato, basato su una regia comune tra ASL (Distretto/DSM/DP/UOSD Salute migranti), Municipio, Terzo settore, UCP/UCPP (Unità di Cure Primarie MMG/PLS) che coinvolga le risorse esistenti ed attive delle comunità, aumentando gli investimenti negli interventi sanitari e socio-sanitari di prossimità e riducendo l'istituzionalizzazione dei soggetti fragili.

Per realizzare tale modello e garantirne la governance, in un'area particolarmente svantaggiata della Città metropolitana di Roma (ASL Roma 1), si propone la costituzione di una Cabina di regia composta dai referenti degli Enti ed Organizzazioni coinvolte, e la costituzione, previa formazione specifica, di un "Team di comunità".

Il Team di comunità è un team multiprofessionale composto dai diversi attori del progetto. La ASL parteciperà attraverso una componente fissa di base costituita da assistente sociale, infermiere e fisioterapista, integrata, al bisogno, da specifiche professionalità coinvolte sulla base della tipologia della segnalazione e del bisogno. All'interno del Team di comunità, l'"Equipe multi professionale socio-sanitaria" opererà in collaborazione e sinergia con i rappresentanti del Municipio e del Terzo settore. L'ubicazione del Team di comunità all'interno di una struttura di prossimità distrettuale adiacente il Centro anziani, consentirà di condividere iniziative di prevenzione e promozione alla salute, quali ad esempio iniziative di prevenzione degli incidenti domestici, Attività Fisica Adattata, etc...).

	<p>Il Team di comunità ha la funzione di facilitare i processi di empowerment delle diverse comunità, sostenendole nel loro percorso di costruzione di risposte sostenibili alle domande di salute anche attraverso una precisa ricognizione ed identificazione condivisa dei bisogni di salute del territorio, intervenendo nelle situazioni di precarietà, fragilità ed esclusione sociale (ad esempio persone senza fissa dimora o insediate in stabili occupati, presso insediamenti abusivi, oppure contrastando il fenomeno del barbonismo domestico, gruppi di persone monoparentali con iniziale perdita di autosufficienza, persone prive di caregiver anche temporaneamente).</p> <p>Il Team di Comunità si avvarrà inoltre di una "Rete di osservatori comunitari" (formali e/o informali) capaci di agire in maniera pro-attiva e di segnalare tempestivamente situazioni individuali o collettive di rischio di fragilità socio-sanitaria, così da garantire interventi puntuali ed efficaci arrestando o rallentando processi di degrado psico-fisico e sociale.</p> <p>Il compito del Team di comunità consisterà nell'attivare e coordinare tale rete sociale coinvolgendo nel progetto anche altre risorse espressa da quelle comunità (Privato sociale del terzo e quarto settore, Cooperative, Gruppi di interesse della comunità, Sindacati, Associazioni di volontariato, Parrocchie e comunità religiose, Rete locale di solidarietà dei commercianti che operano in quell'area, Rappresentanti delle comunità migranti).</p> <p>Inoltre, uno degli strumenti di "dialogo" tra i vari attori è costituito dal sistema gestionale GE.CO. che viene messo a disposizione di tutti gli attori del Progetto e consente di inviare precocemente le segnalazioni alla Centrale Operativa Territoriale che si interfaccia con tutte le risorse distrettuali ed in generale con tutti gli attori del Progetto consentendo di attivare tempestivamente, a seconda della tipologia di bisogno, il Team di comunità e/o i vari Servizi necessari per una appropriata presa in carico del problema, attraverso progetti personalizzati assistenziali/riabilitativi che potranno includere anche interventi sanitari o sociosanitari ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e/o residenziali di prossimità, nonché risposte sugli aspetti sull'abitare e dell'attività lavorativa.</p> <p>Il Team di comunità attiverà inoltre la rete sanitaria o socio-sanitaria attraverso un approccio multidisciplinare di tipo "bio-psico-sociale" che prevede il coinvolgimento delle reti primarie e secondarie di riferimento (Rete parentale e amicale, MMG/PLS, Servizi ASL, Servizio sociale del Municipio, Terzo settore, Volontariato) per:</p> <p>a) realizzare insieme alle comunità, sulla base di una condivisa identificazione dei bisogni specifici, interventi di prevenzione e promozione della salute;</p> <p>b) incrementare la presa in carico delle persone vulnerabili da parte della rete socio-sanitaria di comunità, con modalità pro-attiva e di prossimità attraverso l'utilizzo degli strumenti previsti dalla normativa regionale (UVMD>PAI/PRI/PTRI/Budget di salute).</p>
11	Indicatori di risultato previsti
	Nr di convivenze realizzate nel periodo di vigenza del progetto
	Nr di persone inserite in progetti di co-housing nel periodo di vigenza del progetto
	Nr di soggetti presi in carico a domicilio con il supporto della telemedicina nel periodo di vigenza del progetto
	Nr di dimissioni protette attivate nel periodo di vigenza del progetto
	Nr di ricoveri ripetuti tra la popolazione oggetto dell'intervento sul totale dei pazienti ultrasessantacinquenni seguiti in ADI



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete integrata del territorio
Area Risorse finanziarie del Servizio Sanitario Regionale



Ai Direttori Generali
Ai Direttori Amministrativi
Ai Direttori Sanitari
Ai Responsabili del Bilancio

ASL Roma 1
ASL Roma 2
ASL Roma 4

LORO SEDI

Oggetto: Progetto di sperimentazione delle Strutture di prossimità nella Regione Lazio
"Curare@casa: il lavoro di comunità e la rete di prossimità per un benessere consapevole e sostenibile".

Gentilissimi,
facendo seguito alla nota di pari argomento n° 0070272 del 25-01-2022, con la quale si è data notizia della approvazione da parte del ministero della salute della progettualità in argomento, rappresenta che per ciascuna azienda sono state assegnate per le attività ad essa connesse le seguenti risorse economiche:

ASL ROMA 1	873.493,00
ASL ROMA 2	996.604,00
ASL ROMA 4	549.495,00
totale 2020	2.419.592,00
ASL ROMA 1	865.314,00
ASL ROMA 2	986.299,00
ASL ROMA 4	546.912,00
totale 2021	2.398.526,00

Tali risorse economiche sono a valere sul Fondo Indistinto di competenza.

BACCARI
De Santis
De Santis
Dubois
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 1
il Direttore Sanitario
Dott. MAURO GOLETTI 19/05/2022



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Rete integrata del territorio

Area Risorse finanziarie del Servizio Sanitario Regionale

Ad ogni buon conto si rammenta che le aziende sanitarie coinvolte nella suddetta sperimentazione debbono presentare a regione, entro 30 giorni dalla conclusione delle attività progettuali previste per il 31/12/2022, una relazione illustrativa delle attività messe in atto e la "scheda dei risultati raggiunti", utilizzando il format inserito nell'allegato 2 della intesa del 4/8/2021,

Il Dirigente Area
Rete integrata Territorio
Antonio Mastromattei

Il Dirigente Area
Risorse finanziarie del Servizio
Sanitario Regionale

Marilù Saletta

Il DIRETTORE
Massimo Appicchiarico

Da: Per conto di: reteterritorio@regione.lazio.legalmail.it <posta-certificata@legalmail.it>

Inviato: martedì 10 maggio 2022 17.33

A: protocollo@pec.aslroma1.it, protocollo.generale@pec.aslroma2.it, protocollo@pec.aslroma4.it

CC:

Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Protocollo nr: 457261 - del 10/05/2022 - REGLAZIO - Regione Lazio Progetto di sperimentazione delle Strutture di prossimità nella Regione Lazio - "Curare@casa; il lavoro di comunità e la rete di prossimità per un benessere consapevole e sostenibile"

Allegati: 1837-REG-1652196465332-doc08731020220510172548.pdf;REGLAZIO.REGISTRO UFFICIALE.2022.0457261.pdf

Invio di documento protocollato

Oggetto: Protocollo nr: 457261 - del 10/05/2022 - REGLAZIO - Regione Lazio Progetto di sperimentazione delle Strutture di prossimità nella Regione Lazio - "Curare@casa; il lavoro di comunità e la rete di prossimità per un benessere consapevole e sostenibile"

Data protocollo: 10/05/2022

Protocollato da: REGLAZIO - Regione Lazio

Allegati: 3