



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 (dqprog@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



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"*).

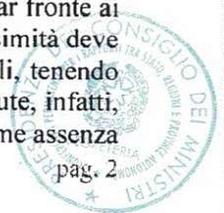
In tale contesto, l'art. 1, comma 4-bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, intende sperimentare, per la durata di un biennio, strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico 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 | 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 assegnato 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 | | |
| | <i>Indicare i punti di forza</i> | <i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i> | |
| 8 | PUNTI DI DEBOLEZZA | | |
| | <i>Indicare i punti di debolezza</i> | <i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i> | |



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

| DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | |
|---|--|
| 10 | |
| | |
| | |
| | |

| Indicatori di risultato previsti | |
|---|--|
| 11 | |
| | |
| | |

Scheda dei risultati raggiunti con la sperimentazione delle strutture di prossimità

| SCHEDE 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 | |
| | | |