



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



*Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali*

**Direzione generale per la lotta alla povertà e
per la programmazione sociale**

Avviso pubblico per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta, finanziato dall'Unione europea – Next generation Eu.

SCHEDA PROGETTO

1.1.3 - Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità

Indice

1. Dati identificativi	3
2. Struttura organizzativo-gestionale di progetto	4
3. Analisi del contesto e del fabbisogno.....	5
4. Descrizione del progetto	6
5. Piano finanziario.....	10
6. Cronoprogramma.....	12

1. Dati identificativi

1.1 Anagrafica dell'Ambito territoriale candidato	
CUP del progetto	H64H22000470001
Tipologia Ente	AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
Denominazione Ente	AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DANIELE MORO
Codice ATS	6-202004142255410
ATS Associati	6-202004142250025, 6-202004142256277, 6-202004142257011
Ente proponente	ASP DANIELE MORO IN QUALITA' DI ENTE GESTORE DEL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI DEL MEDIO FRIULI
Comuni aderenti	<u>Comuni ATS capofila Medio Friuli</u> : Basiliano, Bertolo, Camino al Tagliamento, Castions di Strada, Codroipo, Lestizza, Mereto di Tomba, Mortegliano, Sedegliano, Talmassons, Varmo <u>Comuni ATS partner Carnia</u> : Amaro, Ampezzo, Arta Terme, Cavazzo Carnico, Cervinto, Comeglians, Enemonzo, Forni Avoltri, Forni di Sopra, Forni di Sotto, Lauco, Ovaro, Paluzza, Paularo, Prato Carnico, Preone, Ravascletto, Raveo, Rigolato, Sappada, Sauris, Socchieve, Sutrio, Tolmezzo, Treppo Ligosullo, Verzegnis, Villa Santina, Zuglio <u>Comuni ATS partner Collinare</u> : Buja, Colloredo di Monte Albano, Coseano, Dignano, Fagagna, Flaibano, Forgaria nel Friuli, Majano, Moruzzo, Ragogna, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Vito di Fagagna, Treppo Grande <u>Comuni ATS partner Gemonese/Canal del Ferro-Valcanale</u> : Artegna, Bordano, Chiusaforte, Dogna, Gemona del Friuli, Malborghetto-Valbruna, Moggio Udinese, Montenars, Osoppo, Pontebba, Resia, Resiutta, Tarvisio, Trasaghis, Venzona
Posta elettronica	info@aspmoro.it
PEC	aspmoro@pec.it

1.2 Informazioni sul Referente per l'implementazione del progetto	
Referente progetto	CATELANI ANNA
Qualifica	RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI DEL MEDIO FRIULI
Telefono	0432.909361
Posta elettronica	anna.catelani@ambitocodroipo.aspmoro.it
PEC	aspmoro@pec.it

2. Struttura organizzativo-gestionale di progetto

Secondo quanto previsto dall'Avviso 1/2022 all'art. 5, comma 3 e all'art. 12, comma 1, il soggetto attuatore è tenuto a garantire adeguata capacità amministrativa e tecnica per tutta la durata dell'intervento.

In sede di domanda di ammissione a finanziamento il soggetto attuatore dichiara "di disporre delle competenze, risorse e qualifiche professionali, sia tecniche che amministrative, necessarie per portare a termine il progetto e assicurare il raggiungimento di eventuali milestone e target associati" e si impegna a "mantenere per tutta la durata del progetto una struttura organizzativa adeguata in relazione alla natura, alla dimensione territoriale e alla durata dell'intervento".

Fornire una descrizione della struttura organizzativa deputata alla gestione del progetto anche in termini di numero delle risorse professionali coinvolte, indicando la qualifica, le funzioni/ruoli (es. attivazione, attuazione, monitoraggio, rendicontazione e controllo, ecc.) e specificando le competenze possedute.

In caso di presenza di più ATS si chiede di specificare le funzioni e i ruoli svolti da ciascuno.

La struttura organizzativa indicata dovrà essere tale da garantire un'adeguata capacità di gestione ed attuazione della proposta progettuale per tutta la sua durata.

La struttura organizzativa dovrà contemplare una figura specifica di riferimento responsabile per la valutazione dei bisogni sociosanitari, affinché l'intervento sia del tutto coerente e rispondente al bisogno della persona, nel quadro di un piano di assistenza individualizzata.

(max 3000 caratteri)

Il progetto coinvolge 4 ATS: il capofila "Medio Friuli" e 3 ATS partner: Collinare, Gemonese/Canal del Ferro-Val canale, Carnia. I rapporti tra partecipanti saranno disciplinati da accordo di collaborazione.

Risorse professionali coinvolte nella gestione del progetto, con le relative qualifiche, funzioni e competenze – ATS Medio Friuli (capofila):

- Responsabile del Servizio Sociale dell'ATS (q. assistente sociale):
funzioni: governance, raccordo con gli ATS partner, coordinamento cabina regia
competenze: giuridico-amministrative, organizzative e gestionali
- 1 assistente sociale Responsabile della Domiciliarietà nell'Area Non autosufficienza:
funzioni: coordinamento delle attività di attuazione progettuale, monitoraggio, verifica dei risultati, valutazione
competenze: di coordinamento, sociali
- 1 assistente sociale referente per le Dimissioni Protette:
funzioni: rilevazione delle situazioni fragili in dimissione, quali possibili beneficiari del progetto
competenze: di coordinamento, sociali
- 12 assistenti sociali territoriali:
funzioni: valutazione delle situazioni, presa in carico integrata, progettazione individuale, monitoraggio dell'attuazione nei singoli casi
competenze: sociali
- 1 istruttore amministrativo:
funzioni: gestione amministrativa del progetto, rendicontazione, monitoraggio contabile, implementazione della piattaforma
competenze: giuridico- amministrative

Risorse dei 3 ATS partner:

- Responsabile del Servizio Sociale dell'ATS (q. 2 assistenti sociali e 1 educatrice):
funzioni: raccordo con tutti gli ATS, cabina regia
competenze: giuridico-amministrative, organizzative, gestionali
- 1 assistente sociale Responsabile dell'Area Non autosufficienza per ciascun ATS partner
funzioni: coordinamento delle attività di attuazione e monitoraggio nel territorio del proprio ATS
competenze: di coordinamento, sociali
- N. 22 assistenti sociali territoriali (Carnia n. 6, Collinare n. 10, Gemonese/CdF-V n. 6)
funzioni: valutazione delle situazioni, presa in carico integrata, progettazione individuale, monitoraggio dell'attuazione nei singoli casi
competenze: sociali

Considerata l'importante estensione territoriale, ogni Responsabile dell'Area Non autosufficienza degli ATS partner coadiuverà il Responsabile del capofila, con specifico riferimento alla valutazione dei bisogni sociosanitari, affinché l'intervento sia del tutto coerente e rispondente al bisogno delle persone, nel quadro di un piano di assistenza individualizzata.

3. Analisi del contesto e del fabbisogno

Con riferimento al progetto, fornire una descrizione del contesto di riferimento che caratterizza e nel quale opera l'ATS/Comune/Associazione di ATS in termini di offerta e qualità dei servizi sociali erogati e del fabbisogno del territorio (quantitativo e qualitativo) ed in relazione al gap tra la situazione attuale e i risultati che dovranno essere raggiunti tramite l'attivazione dell'intervento.

Specificare se nel territorio di riferimento è già attualmente garantito lo standard di servizio previsto per il LEPS "Dimissioni protette" - scheda LEPS 2.7.3.

(max 1500 caratteri)

Offerta e qualità dei servizi sociali erogati:

Negli ATS sono garantiti gli standard della scheda LEPS 2.7.3 ed attivi i servizi di Assistenza Domiciliare, Pasti a domicilio, Telesoccorso.

Si aggiungono a questi i servizi di Lavanderia, Assistenza Domiciliare specifica per persone con disabilità grave o con patologia oncologica, trasporti per anziani, inabili, interventi di prossimità.

Fabbisogno:

In riferimento alle persone in dimissione da strutture ospedaliere e alle transizioni dal domicilio a queste, i bisogni assistenziali vengono per lo più soddisfatti. Si rileva tuttavia che i familiari delle persone con decadimento cognitivo importante si trovano più in difficoltà nel riaccoglimento e gestione a domicilio dei propri cari. Il fabbisogno non è noto: si fa riferimento in sua assenza a dati generali di livello nazionale.

Scopo del presente progetto è anche quello di raccogliere e sistematizzare dati per costruire una prima dimensione qualitativa e quantitativa dell'utenza nei 4 territori.

Gap tra situazione attuale e risultati da raggiungere:

Il fabbisogno rilevato è soddisfatto parzialmente dagli attuali servizi che non forniscono interventi specifici alle persone con decadimento cognitivo ed ai loro familiari. Il progetto si propone di supportare le famiglie che assistono queste persone nel proprio domicilio e di lavorare sul mantenimento delle capacità residue degli utenti.

4. Descrizione del progetto

4.1 Obiettivi

Fornire una descrizione dei contenuti della proposta progettuale, in coerenza con l'analisi dei fabbisogni, mettendo in evidenza come il progetto contribuisca al raggiungimento degli obiettivi del sub-investimento nel territorio di riferimento e del target associato al sub-investimento in termini di beneficiari.

Evidenziare in particolare come il progetto contribuisca al raggiungimento dell'obiettivo primario del sub-investimento, rappresentato dalla "costituzione di équipe professionali, con iniziative di formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la deistituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata."

Segnalare l'eventuale collegamento con attività che insistono nel medesimo territorio a valere sull'Investimento 1.3, sub-investimento 1.3.1, Azione A, Attività 3.

Segnalare se è previsto un collegamento con iniziative progettuali sviluppate sull'intervento 1.1.2

(max 3000 caratteri)

Il progetto nasce dall'esigenza di costruire servizi specificatamente dedicati all'utenza anziana con problemi di decadimento cognitivo, in quanto il territorio offre diversi servizi rivolti a persone anziane e disabili ma nessuna attività specifica dedicata alla gestione, al supporto e all'assistenza di persone affette da decadimento cognitivo e ai loro cari.

Il target di utenza considerato si caratterizza per la complessità e la rapida evoluzione della malattia e degli eventi che la caratterizzano e rende necessario un forte livello di integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali per gestire la situazione personale, sanitaria, sociale, assistenziale e familiare con interventi flessibili e capaci di adeguarsi velocemente ai repentini cambiamenti.

Il progetto punta a dotare le équipe professionali di strumenti e metodologie che la letteratura suggerisce essere efficaci nella presa in carico di persone con decadimento cognitivo ed i loro familiari, quali ad esempio Metodo Gentecare e COTiD.

Tali metodi riconoscono l'importanza della domiciliarità per gli anziani fragili, del senso di familiarità e di protezione che la casa offre loro, della permanenza nel proprio territorio e lavorano su tre assi: persona, programma ed ambiente.

In un'ottica inoltre di supporto ai caregiver attraverso specifici interventi e la formazione dedicata si renderà possibile offrire dei suggerimenti/strategie su come migliorare alcuni aspetti dell'ambiente e renderlo più funzionale alla persona anziana oltre che sostenere nella gestione quotidiana i familiari che prestano assistenza.

Di seguito **gli obiettivi generali**:

- accompagnare e sostenere le persone affette da decadimento cognitivo e i loro familiari nelle dimissioni ospedaliere e nella permanenza al proprio domicilio
- sostenere l'autonomia residua e operare per il miglioramento della qualità di vita dei caregiver
- far permanere più a lungo possibile le persone a domicilio
- garantire un modello organizzativo e gestionale omogeneo nei 4 ATS
- ridurre il numero dei ricoveri reiterati nei presidi ospedalieri
- rafforzare le competenze delle équipe professionali nella presa in carico della specifica utenza
- aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
- rilevare le necessità delle persone in decadimento cognitivo e dei loro familiari

Il progetto si raccorda ed integra con la linea di cui alla DGR FVG n. 1964/2021 attraverso cui la Regione interviene stanziando specifiche risorse per l'avvio di percorsi innovativi a sostegno di una domiciliarità integrata indirizzate a persone affette da patologie dementigene normalmente destinate all'ingresso in strutture residenziali.

4.2 Azioni e attività

A – Garanzia del LEPS “Dimissione protette” *(le opzioni A.1. e A.2 sono obbligatorie)*

☐ A.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale (assistenza domiciliare, telesoccorso, pasti a domicilio e assistenza tutelare integrativa)

☐ A.2 – Formazione specifica operatori

B – Rafforzamento dell’offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale *(selezionabile se il LEPS “Dimissioni protette” è già garantito come risulta dall’analisi del contesto e del fabbisogno – sezione 3)*

X B.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare ad integrazione dei livelli essenziali

4.3 Modalità di attuazione e rispetto delle linee di indirizzo e degli standard nazionali

Specificare le modalità di attuazione del progetto e la coerenza rispetto al Piano sociale nazionale (cap. 2, scheda LEPS 2.7.3 Dimissioni protette) e alla Legge di bilancio 2022 - L.234 del 30 dicembre 2021 (art. 1 comma 162 lettera a), comma 165 e comma 166).

In particolare:

- *Indicare l'eventuale sperimentazione o l'adozione di protocolli condivisi per la presa in carico integrata tra servizi sanitari e servizi sociali di pazienti in dimissione protetta.*
- *Indicare se si intende ricorrere al coinvolgimento e alla partecipazione di enti privati accreditati per l'erogazione delle prestazioni o di Enti del Terzo Settore.*
- *Indicare attività e programmi di formazione specifica rivolti a operatori nell'ambito dei servizi a domicilio, al fine di qualificare il lavoro di cura, in particolare delle persone anziane.*

(max 3000 caratteri)

Il presente progetto si pone in linea con quanto definito nella scheda LEPS 2.7.3 e con quanto previsto nella Legge di bilancio 2022, andando ad ampliare l'offerta dei servizi già presenti nei 4 ATS con interventi mirati al contrasto del decadimento cognitivo delle persone e al supporto delle loro famiglie.

Nei 4 ATS vengono già attuati da diversi anni protocolli e prassi per la presa in carico integrata tra servizi sanitari e servizi sociali di pazienti in dimissione protetta dai principali ospedali del territorio.

Il progetto si inserisce pertanto in un contesto già strutturato per la gestione delle dimissioni di persone fragili da strutture sanitarie: ospedali ed RSA segnalano le situazioni potenzialmente di difficile dimissione al Punto Unico di Accesso distrettuale che effettua una prima valutazione integrata coinvolgendo gli assistenti sociali del territorio e i MMG per una valutazione più approfondita e l'eventuale presa in carico dei dimessi con o senza attivazione di servizi.

Quando i bisogni risultano multidimensionali, le situazioni vengono prese in carico dall'équipe territoriale, composta dai servizi sociali e sanitari coinvolti in forma diretta.

Per quanto riguarda le persone affette da decadimento cognitivo/demenza l'équipe sarà composta principalmente dall'assistente sociale referente territoriale, dalle assistenti domiciliari (se attivo il SAD), dal medico di medicina generale, dall'infermiere domiciliare (se attivo il SID) e dal riabilitatore (se attivo il servizio di fisioterapia a domicilio). In alcuni territori l'équipe è implementata da animatori, educatori e psicologi.

Nel caso di dimissione di persona con patologia dementigena, ed in via residuale nel caso di presa in carico di persona a domicilio affetta da decadimento cognitivo, dopo un'accurata e approfondita valutazione verranno individuati gli interventi da attivare che potranno essere implementati con le azioni di questo progetto.

Il progetto prevede principalmente tre filoni di azioni:

1. Cicli di interventi personalizzati di terapia occupazionale presso il domicilio della persona con decadimento cognitivo/demenza per il miglioramento della qualità di vita sua e dei suoi caregiver. I cicli potranno essere ripetuti se necessario.
2. incontri formativi/informativi rivolti ai caregiver sugli aspetti clinici della demenza in relazione al Metodo Gentlecare e sull'applicazione di tale metodo al domicilio per la promozione dell'autonomia e la gestione dei disturbi del comportamento.
3. formazione specifica rivolta agli operatori dei 4 ATS finalizzata alla costruzione e condivisione di percorsi e prassi comuni ed all'acquisizione di specifiche competenze/conoscenze in merito ai bisogni delle persone affette da decadimento cognitivo/demenza e loro familiari.

Per la realizzazione del progetto si prevede il ricorso ad un appalto di forniture e servizi.

4.4 Risultati attesi

Fornire una descrizione dei risultati (qualitativi e quantitativi) che attraverso la proposta progettuale si intendono conseguire.

Illustrare in particolare:

- a) l'eventuale mantenimento, oltre la conclusione dell'intervento, dei benefici del progetto (in termini di autonomia e di continuità assistenziale) per gli individui coinvolti e per il territorio;*
- b) l'eventuale adozione di strumenti utili alla replicabilità/trasferibilità dell'intervento, anche mediante azioni di valutazione.*

Compilare infine la griglia sottostante.

(max 2000 caratteri)

I risultati qualitativi e quantitativi che si intendono raggiungere sono i seguenti:

- valutazioni integrate di tutte le dimissioni da strutture sanitarie di persone con decadimento cognitivo/demenza
- erogazione di almeno 135 cicli di interventi di terapia occupazionale
- realizzazione di almeno 6 incontri formativi/informativi rivolti ai caregiver
- realizzazione del percorso formativo per operatori
- riduzione dei sentimenti di frustrazione, stress e solitudine dei caregiver (misurabile attraverso un apposito strumento)
- evidenza di un set di strumenti utili alla replicabilità del progetto.

Indicare il numero complessivo di beneficiari coinvolti nel progetto, distinguendo tra le persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità nel rientro e permanenza al proprio domicilio e le persone senza dimora o in condizione di precarietà abitativa.

Target di beneficiari	Numero beneficiari
Persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità nel rientro e permanenza al proprio domicilio	105
Persone senza dimora o in condizione di precarietà abitativa	0
Totale di beneficiari	105
% dei beneficiari raggiunti dall'intervento rispetto al numero dei potenziali beneficiari nel territorio	Dato non disponibile

5. Piano finanziario

Il Piano finanziario è da compilare in base a quanto previsto dall'art. 9 "Spese ammissibili" dell'Avviso 1/2022 e dalla Circolare MEF-RGS n. 4 del 18/01/2022.

[illegible]

Note al Piano finanziario

Da compilare nel caso in cui si volessero fornire elementi informativi di dettaglio in relazione alle attività e relative voci di costo.

(max 1000 caratteri)

6. Cronoprogramma

*I progetti possono essere attivati nel II trimestre giugno 2022 e devono essere completati entro il primo semestre del 2026. Entro il 31 marzo 2026 dovranno essere comunicati i risultati relativi agli esiti dei progetti selezionati e attivati.
Inserire una “x” in corrispondenza dei trimestri di realizzazione delle attività.*

Scheda 3 - Cronoprogramma																	
1.1.3 - Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità																	
	Totale	2022		2023				2024				2025				2026	
		III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM
A – Garanzia del LEPS “Dimissione protette”																	
A.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale (assistenza domiciliare, telesoccorso, pasti a domicilio e assistenza tutelare integrativa)																	
A.2 – Formazione specifica operatori																	
B – Rafforzamento dell’offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale																	
B.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare ad integrazione dei livelli essenziali					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Target beneficiari <i>(Indicare il numero di beneficiari del progetto nei trimestri in cui è articolato il cronoprogramma)</i>	105	0	0	0	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0

(2) Da compilare attenendosi alle tempistiche stabilite dal cronoprogramma previsto dal Piano Operativo, di cui al Decreto Direttoriale n.450 del 9 dicembre 2021:

- da 1 luglio 2022 – Erogazione degli anticipi previa comunicazione dell'effettivo avvio delle attività;*
- 30 giugno 2023, 30 giugno 2024, 30 giugno 2025 – Comunicazione rapporti intermedi*
- 31 dicembre 2023 – Erogazione seconda tranche di finanziamento*
- 31 marzo 2026 – Risultati relativi agli esiti dei progetti selezionati e attivati*
- 30 giugno 2026 – Erogazione del saldo*