



**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	Errore. Il segnalibro non è definito.
6. Cronoprogramma	10

1. Dati identificativi

1.1 Anagrafica dell'Ambito territoriale candidato	
CUP del progetto	H64H22000470001
Tipologia Ente	ATS SINGOLO
Denominazione Ente	AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DANIELE MORO
Codice ATS	6-202004142255410
ATS Associati	
Ente proponente	ASP DANIELE MORO IN QUALITA' DI ENTE GESTORE DEL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI DEL MEDIO FRIULI
Comuni aderenti	<u>Comuni ATS Medio Friuli</u> : Basiliano, Bertiole, Camino al Tagliamento, Castions di Strada, Codroipo, Lestizza, Mereto di Tomba, Mortegliano, Sedegliano, Talmassons, Varmo
Posta elettronica	info@aspmoro.it
PEC	aspmoro@certgov.fvg.it

1.2 Informazioni sul Referente per l'implementazione del progetto	
Referente progetto	BERTINO STEFANIA
Qualifica	RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI DEL MEDIO FRIULI
Telefono	0432.909361
Posta elettronica	stefania.bertino@aspmoro.it
PEC	aspmoro@certgov.fvg.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 iniziale coinvolgeva 4 ATS: il capofila "Medio Friuli" e 3 ATS partner: Collinare, Gemonese/Canal del Ferro-Val canale, Carnia. Ad oggi viene rimodulato limitandolo al solo territorio dell'ATS capofila, in ragione del limitato tempo a disposizione che non permette di sostenere la complessità che una gestione su un territorio ampio, quale quello dei quattro ambiti inizialmente previsti, comporterebbe.

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

- Responsabile del Servizio Sociale dell'ATS (dirigente del servizio qualità e coordinamento dei servizi alla persona):
funzioni: governance, 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

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:

Nell'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 e/o gli utenti stessi necessitano di un accompagnamento più intensivo nelle prime settimane dal rientro a domicilio per rimodulare l'organizzazione assistenziale a domicilio adeguandola ad eventuali nuovi bisogni. Particolare attenzione viene riservata alle persone con decadimento cognitivo e ai loro caregiver.

Gap tra situazione attuale e risultati da raggiungere:

Il fabbisogno rilevato è soddisfatto parzialmente dagli attuali servizi che sono strutturati principalmente sul medio-lungo termine; il progetto si propone di intensificare il supporto nelle prime settimane in modo da garantire i tempi necessari per riorganizzare l'assistenza sul medio e lungo termine.

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 potenziare i servizi specificatamente dedicati all'utenza in condizione di fragilità sociale e/o non autosufficienti con bisogni assistenziali mutati rispetto al pre ricovero e per i quali si rende necessario un'attività di monitoraggio, supporto e addestramento alla persona stessa e/o ai familiari.

Il target di utenza considerato si caratterizza per la comparsa di nuovi bisogni intervenuti a seguito del ricovero e la conseguente necessità di definire o rimodulare l'organizzazione assistenziale a domicilio.

Il progetto punta a offrire alle équipe professionali ulteriori interventi che facilitino i percorsi di dimissione protetta, supportando la persona e i caregiver nella delicata fase di rientro a domicilio affiancandoli nella riorganizzazione assistenziale.

Di seguito **gli obiettivi generali**:

- accompagnare e sostenere le persone fragili e/o non autosufficienti con bisogni assistenziali mutati e i loro familiari nella delicata fase di rientro a domicilio dalle dimissioni ospedaliere o da altre strutture sanitarie;
- 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;
- ridurre il numero dei ricoveri reiterati nei presidi ospedalieri;
- incrementare gli interventi a disposizione delle équipe professionali nella presa in carico della specifica utenza;
- aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sociali e sociosanitarie;
- identificare precocemente situazioni assistenziali che si palesano come complesse successivamente al rientro a domicilio e portano a una ridefinizione del progetto assistenziale individualizzato.

4.2 Azioni e attività

Note

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)

- ☒ 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)

Questo 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 nell'ATS con ulteriori interventi di supporto. Nel territorio dell'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 alla Centrale Operativa Territoriale, che poi le smista ai servizi sanitari e sociali o al Punto Unico di Accesso distrettuale che coinvolge 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 che elabora il PAI. Qualora nei primi giorni dopo il rientro al domicilio dovessero emergere ulteriori bisogni non noti al momento della dimissione, verrà rivisto e rimodulato il PAI.

Il progetto prevede la realizzazione di attività di supporto assistenziale presso i domicili delle persone dimesse. Nello specifico, a seconda della tipologia dei bisogni identificati nel Progetto Assistenziale Individuale, vengono diversificati gli interventi da attuare:

- attività di semplice monitoraggio nelle situazioni apparentemente meno complesse (monte ore totale di 9 ore in 21 giorni);
- orientamento e addestramento alla persona stessa e/o ad eventuali caregiver già presenti, sia relativamente alle tecniche di assistenza e movimentazione alla persona, sia per quanto concerne l'organizzazione degli spazi dell'abitazione, sia nei rapporti con le figure sanitarie coinvolte nella presa in carico a domicilio, sia nel disbrigo di commissioni legate ai bisogni intervenuti in seguito alla dimissione (monte ore complessivo di 30 ore in 21 giorni);
- attività di affiancamento alla persona e/o al caregiver nelle attività assistenziali laddove necessario (monte ore totale di 126 ore in 21 giorni);
- assistenza familiare su fasce orarie ampie che possono prevedere anche l'assistenza notturna (massimo 28 giorni);
- fornitura del pasto a domicilio (28 pasti in 28 giorni);
- pulizia dell'abitazione per il riaccoglimento a domicilio della persona in dimissione e/o mantenimento delle condizioni igienico-sanitarie adeguate nel primo periodo (40 ore in 28 giorni);
- trasporti per effettuare visite mediche specialistiche e/o cicli di riabilitazione resesi necessari a seguito del ricovero (numero variabile a seconda della necessità nei primi 28 giorni dal rientro a domicilio).

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 fragilità sociale e/o in condizione di non autosufficienza;
- erogazione degli interventi previsti dal progetto ad almeno 125 persone in dimissione;
- rilevazione del tasso di re-ricovero entro 30 giorni dal rientro a domicilio;
- 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 (Prevedere minimo 125 beneficiari per progetto)	Numero beneficiari
Persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità nel rientro e permanenza al proprio domicilio	125
Persone senza dimora o in condizione di precarietà abitativa	0
Totale di beneficiari	125
% dei beneficiari raggiunti dall'intervento rispetto al numero dei potenziali beneficiari nel territorio	3,00

- ☒ Certifico che le attività proposte sono state condivise (per i servizi che prevedono la compartecipazione sociosanitaria) e programmate in accordo con la struttura sanitaria competente

5. 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		
Target beneficiari (Indicare il numero di beneficiari del progetto nei trimestri in cui è articolato il cronoprogramma)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	95	0

BOZZA

(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

VERIFICA DOCUMENTO

DATI DOCUMENTO INFORMATICO	
Data di verifica	12/11/2025
Nome	19897 -BOZZA PROGETTO PER ASS SIND.PDF
Impronta	C2856A9D7C7145C31D2C84F0D1D65C2B481B3EE22420E9BF8B08B5663A9542B6
Dimensione (Byte)	502,332

REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO	
Estremi prot.	GENASUFC-GEN-2025-180518-A
Verso	Arrivo
Data registrazione	12/11/2025

TRASMISSIONE TELEMATICA	
Tipo trasmissione	PEC (posta elettronica certificata)
Casella trasmissione	aspmoro@certgov.fvg.it
Data spedizione	12/11/2025 12:40:55