

COMITATO DEI SINDACI

Deliberazione n. 22

del 19.06.2025

Oggetto: Approvazione Accordo di collaborazione per la realizzazione delle “Dimissioni protette”

L’anno 2025, il giorno 19 del mese di giugno, presso la Sala del Consiglio del Comune di Macerata, in seguito a convocazione, si è riunito il Comitato dei Sindaci nelle persone dei signori:

Cognome e nome	Comune	Qualifica
Persichini Silvia	Appignano	Assessore delegato
Cesca Massimo	Corridonia	Assessore delegato
D’Alessandro Francesca	Macerata	Vice Sindaco
Luchetti Fabrizio	Mogliano	Sindaco
Acciarresi Katia	Montecassiano	Assessore delegato
Santinelli Matteo	Petriolo	Sindaco
Romoli Mauro	Pollenza	Sindaco
Palmieri Camilla	Treia	Assessore delegato
Corona Romina	Urbisaglia	Assessore delegato

Presenti n. 9

Partecipa, inoltre, senza diritto di voto, Francesco Gagliardini Assessore del Comune di Appignano.

Funge da Segretario il Coordinatore d’Ambito, Francesco Prioglio.

Constatato il numero legale degli intervenuti, assume la Presidenza, D’Alessandro Francesca, in qualità di Vice Sindaco del Comune di Macerata.

IL COMITATO DEI SINDACI

Considerato:

- Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021 – 2023 e la relativa Scheda LEPS 2.7.3 “Dimissioni protette”;
- la DGR Regione Marche n. 1344 del 24.10.2022 “Fondo nazionale per le politiche sociali annualità 2021 di cui all’intesa della conferenza unificata n. 128/CU del 22.09.2022” che prevede, tra l’altro, che le risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali siano destinate al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) tra cui le “dimissioni protette” secondo le modalità attuative previste dal sub investimento 1.1.3 “Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l’ospedalizzazione” del PNRR;
- che l’Ambito Territoriale Sociale 15 Comune di Macerata capofila, in associazione con gli AA.TT.SS. n. 14 Civitanova Marche, n. 16 San Ginesio, n. 17 Unione Montana Potenza Esino Musone, n. 18 Unione Montana Marca Di Camerino, ha risposto all’Avviso 1/2022 in data 09/08/2022, proponendo il Progetto “1.1.3 - Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l’ospedalizzazione”;
- che con decreto n. 98 del 09/05/2022 la Direzione Generale per la lotta alla povertà e la programmazione sociale ha pubblicato gli elenchi dei progetti degli AA.TT.SS. ammessi al finanziamento e dei progetti idonei al finanziamento ma non finanziati e che il suddetto Progetto (CUP I24H22000120006) è risultato ammesso a finanziamento, per un importo pari a € 330.000,00 euro;
- che la sopracitata progettualità è stata ammessa a finanziamento con un target minimo atteso di n. 130 persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti nei territori degli AATTSS associati, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato;
- che in virtù del Fondo Nazionale Politiche Sociali - Annualità 2021, in applicazione del Piano Sociale Nazionale 2021/2023, della D.G.R. n.1344/2022 e del Decreto della Regione Marche n. 47/2022, l’ATS 15 in qualità di capofila degli AA.TT.SS. del territorio provinciale, ha avuto un finanziamento per il progetto “La casa che cura. La persona al centro dei percorsi domiciliari integrati.”, per le due attività:
 - o percorso formativo dell’equipe multidisciplinare inerente al concetto globale di salute e benessere attraverso interventi multidisciplinari e un approccio bio-psico-sociale;

- supporto domiciliare, a seguito di dimissione protetta, per anziani fragili con l'erogazione di un supporto OSS a domicilio;

Preso atto che con prot. 18965 del 23.02.2024, è stato stipulato l'accordo interambito, ovvero l'atto di aggregazione tra tutti gli AA.TT.SS. provinciali per favorire l'azione coordinata tra gli Enti volta a dare esecuzione al Progetto ammesso a finanziamento per il perseguimento delle finalità ivi indicate;

Ritenuto opportuno che nell'ambito di tale cornice normativa si renda necessaria una definizione condivisa dei percorsi di collaborazione e organizzativi tra comparto socio – sanitario territoriale e ospedaliero, rappresentato dall'AST di Macerata e comparto dei Comuni della Provincia di Macerata, rappresentati in forma aggregata dagli Ambiti territoriali sociali (di seguito AA.TT.SS.) n. 14 -15 – 16 – 17 e 18 da utilizzare in relazione anche a future progettualità che abbiano ad oggetto percorsi di dimissione protetta;

Vista la bozza di Accordo di collaborazione interistituzionale organizzativa e professionale, allegata alla presente Delibera, in materia di integrazione socio-sanitaria per la gestione integrata delle dimissioni protette ospedale-territorio tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Macerata e gli ATS 15 Macerata, ATS 14 Civitanova Marche, ATS 16 San Ginesio, ATS 17 Unione montana Potenza Esino Musone, ATS 18 Unione montana Marca di Camerino, relativamente alla sperimentazione dei progetti:

- Accordo per la realizzazione del progetto “La casa che cura. La persona al centro dei percorsi domiciliari integrati” di cui al livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS) “dimissioni protette” a valere sul fondo nazionale politiche sociali (FNPS);
- Linea di intervento 1.1.3 “rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione” 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;

Analizzata la bozza di Accordo di collaborazione interistituzionale organizzativa e professionale in materia di integrazione socio-sanitaria per la gestione integrata delle dimissioni protette, allegata al presente atto e ritenuta condivisibile;

Ad unanimità di voti, espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. Di approvare l'allegato schema di accordo di collaborazione interistituzionale organizzativa e professionale in materia di integrazione socio-sanitaria per la gestione integrata delle dimissioni protette ospedale-territorio tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Macerata e gli ATS 15 Macerata, ATS 14 Civitanova Marche, ATS 16 San Ginesio, ATS 17 Unione montana Potenza Esino Musone, ATS 18 Unione montana marca di Camerino, relativamente ai progetti:
 - LEPS “Dimissioni protette” a valere sul fondo nazionale politiche sociali (FNPS) “La casa che cura. La persona al centro dei percorsi domiciliari integrati”
 - progetto PNRR, missione 5 “inclusione e coesione”, componente 2, sottocomponente 1, investimento 1.1., linea di intervento 1.1.3 “Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione”.
2. Di delegare il Sindaco di Macerata, in qualità di capofila dell'ATS 15, alla sottoscrizione dell'accordo di cui al punto 1.
3. Delegare l'Ufficio comune di Ambito alla elaborazione di tutti gli atti necessari alla gestione degli interventi relativi alle Dimissione Protette, oggetto del presente accordo.

Il Coordinatore
(Francesco Prioglio)

Il Presidente delegato
(Francesca D'Alessandro)



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE ORGANIZZATIVA E PROFESSIONALE IN MATERIA DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLE DIMISSIONI PROTETTE OSPEDALE- TERRITORIO TRA L'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE (AST) DI MACERATA E GLI AA.TT.SS. ATS 15 MACERATA, 14 CIVITANOVA MARCHE, 16 SAN GINESIO, 17 UNIONE MONTANA POTENZA ESINO MUSONE, 18 UNIONE MONTANA MARCA DI CAMERINO.

SPERIMENTAZIONE RELATIVA AI PROGETTI:

- **ACCORDO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "La casa che cura. La persona al centro dei percorsi domiciliari integrati" DI CUI AL LIVELLO ESSENZIALE DELLE PRESTAZIONI SOCIALI (LEPS) "DIMISSIONI PROTETTE" A VALERE SUL FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI (FNPS);**
- **LINEA DI INTERVENTO 1.1.3 "RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI DOMICILIARI PER GARANTIRE LA DIMISSIONE ANTICIPATA ASSISTITA E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE" 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.**

TRA

L'Azienda Sanitaria Territoriale – AST di Macerata, sia per la parte territoriale afferente i Distretti Sanitari di Camerino, Civitanova Marche e Macerata, sia per la parte ospedaliera afferente le strutture ospedaliere della citata AST, con sede legale in via Domenico Annibali, 31 - 62100 Macerata (Mc) C.F. e P.IVA 02095680431 rappresentata dal Direttore Generale Dott. Alessandro Marini

E

Il Comune di Macerata con sede in Piazza Della Libertà n. 3 - Cap 62100 - Macerata (Mc), P.I. 00093120434 e C.F. 80001650433, nella persona del legale rappresentante Sig. Sindaco Sandro Parcaroli, in esecuzione della Delibera del Comitato dei Sindaci del 13/04/2023, in nome e per conto dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale 15 di cui il Comune Di Macerata medesimo è Ente capofila

E

Il Comune di Civitanova Marche con sede in Piazza XX Settembre n. 93 - CAP 62012 - Civitanova Marche (Mc), P.IVA e C.F. 00262470438, nella persona del legale rappresentante Sig. Sindaco Fabrizio Ciarapica, in esecuzione del Comitato dei Sindaci del 26/07/2022 in nome e per conto dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale 14 di cui il Comune Di Civitanova Marche (Mc) medesimo è Ente capofila

E

L'unione Montana Dei Monti Azzurri con sede in via Piave n. 12 – CAP 62026 - San Ginesio (Mc), P.IVA e C.F. 01874180431, nella persona del legale rappresentante Presidente Giampiero Feliciotti, in esecuzione della Delibera del 28/06/2022, in nome e per conto dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale 16 di cui l'unione Montana Dei Monti Azzurri medesima è Ente capofila

E

L'unione Montana Potenza Esino Musone con sede in Viale Mazzini n. 29 – CAP 62027 - San Severino Marche (Mc), P.IVA e C.F. 01874330432, nella persona del legale rappresentante Presidente Matteo Cicconi, in esecuzione della Delibera del 09/11/2023, in nome e per conto dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale 17 di cui l'Unione Montana Potenza Esino Musone Medesima è Ente capofila

E

L'unione Montana Marca Di Camerino con sede in via v. Varano n. 2 – CAP 62032 - Camerino (Mc), P.IVA e C.F. 01874730433, nella persona del legale rappresentante Presidente Alessandro Gentilucci, in esecuzione della Delibera del 02/03/2022, in nome e per conto dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale 18 di cui l'Unione Montana Marca Di Camerino medesima è Ente capofila

di seguito anche congiuntamente denominati «le Parti»,

CONVENGONO

Di stipulare il seguente accordo operativo per la realizzazione:

- del progetto *“La casa che cura. La persona al centro dei percorsi domiciliari integrati”* di cui al livello essenziale delle prestazioni sociali (di seguito LEPS) *“dimissioni protette”* a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali (di seguito FNPS) derivante dall’atto di programmazione del Piano sociale nazionale 2021-2023 di cui al Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 22.10.2021;
- di ulteriori progettualità che abbiano ad oggetto percorsi di dimissione protetta a valere sulle future annualità del Fondo nazionale per le politiche sociali;
- della linea di intervento 1.1.3 *“Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l’ospedalizzazione”* 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.

VISTA LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO:

- la L. 328/00 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.”* che all’art. 1 co. 1 afferma *“La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione”*;
- la L.R. 32/2014 *“Sistema regionale integrato dei Servizi Sociali a tutela della persona e della famiglia”* all’articolo 22 specifica che, *“al fine di sostenere il mantenimento in famiglia degli anziani, la Regione promuove la qualificazione e l’articolazione della rete dei Servizi Sociali per le persone anziane privilegiando la domiciliarità, il sostegno alla vita di relazione nella comunità locale ... (omissis)”*;
- Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all’Italia dal Segretario generale del consiglio con nota LT161/21 del 14 luglio 2021;
- Intesa n. 1 28 /CU del 22 /09 /2021 *“Intesa, ai sensi dell’articolo 46, comma 2, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, sullo schema di decreto del MLPS di concerto con il MEF, recante il riparto del FNPS 2021- 2023 e l’adozione del Piano degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, di cui all’articolo 21 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147”* - D.I. del 22 ottobre 2021 di riparto del FNPS per gli anni 2021 – 2022 – 2023;
- l’Avviso pubblico 1/2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 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. 15 febbraio 2022;
- Decreto del Direttore Generale della Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale del Ministero del lavoro e delle politiche Sociali del 05/05/2022 concernente i progetti degli Ambiti Sociali Territoriali ammessi al finanziamento nazionale e dei progetti idonei al finanziamento ma non finanziati, per linea di finanziamento e per Regione, ai sensi del Decreto Direttoriale n. 5 del 15.02.2022 con cui è stato adottato dalla Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale l’Avviso pubblico N/1 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;
- DPCM del 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”* contenente i nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA), all’articolo 22 declina le funzioni e i livelli delle cure domiciliari;
- la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 *“Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022 -2024”* che all’articolo 1 comma 170, identifica come livelli essenziali delle prestazioni (LEPS) le dimissioni protette recependo il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 e la relativa Scheda LEPS 2.7.3 *“Dimissioni protette”* che ne definisce contenuti, obiettivi, modalità di accesso, professioni coinvolte e destinatari;
- Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021 – 2023 e la relativa Scheda LEPS 2.7.3 *“Dimissioni protette”*;
- la DGR Marche n. 110 del 23.02.2015: Piano regionale socio-sanitario 2012-2014, istituzione e modalità operative dell’Unità operativa funzionale sociale e sanitaria (U.O.Ses.);
- la DGR Marche n. 1237 del 18 ottobre 2021 avente per oggetto: Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta;
- la DGR Marche n. 1344 del 24.10.2022 *“Fondo nazionale per le politiche sociali annualità 2021 di cui all’intesa della*

conferenza unificata n. 128/CU del 22.09.2022", prevede, tra l'altro, che le risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali siano destinate al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) tra cui le "dimissioni protette" secondo le modalità attuative previste dal sub investimento 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione" del PNRR;

- la DGR Marche n. 709 del 23.05.2023: Piano socio sanitario 2023 – 2025 "Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani" – capitolo 2 "Assistenza territoriale: l'ampliamento dei servizi di prossimità territoriale e domiciliare e delle cure intermedie – paragrafo 2.1. "La rete socio-sanitaria";
- la DGR Marche n. 858 del 4.06.2024 "Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale".

PREMESSO che:

- il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 e la relativa Scheda LEPS 2.7.3 "Dimissioni protette" definisce contenuti, obiettivi, modalità di accesso, professioni coinvolte e destinatari Il piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021 – 2023 definisce le *dimissioni protette* come "un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto e sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.";
- nel medesimo atto di programmazione di cui sopra, emerge che l'approccio di pianificazione e presa in carico della persona in dimissione viene definito come *multidisciplinare*, poiché l'apporto di più professionisti socio-sanitari e l'integrazione tra ospedale e territorio, è dimostrato che riduce il rischio di riammissione o di accesso improprio al Pronto soccorso di pazienti fragili, anziani e disabili;
- la Legge di bilancio n. 234/2021 ha disciplinato una serie di interventi che concernono i servizi sociali e socio-sanitari. In particolare all'articolo 1 comma 163 della citata norma si prevede che il SSN e gli ATS garantiscano, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza, l'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, per tale motivo l'**integrazione socio-sanitaria** assume una significativa assunzione di responsabilità in capo alla P.A. che comporta una **qualificazione degli interventi** di risposta ai bisogni dei cittadini;
- la DGR Marche n. 858 del 4.06.2024 "Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale". Tale norma indicata la COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali quali attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere, e che dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza (DM 77/2022), a livello distrettuale la "COT-D" coordina la presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali, quale dimissione nelle strutture ospedaliere. In particolare l'allegato 1 della DGR di cui sopra, definisce il percorso di raccordo svolto dalla medesima tra i vari servizi/professionisti tra cui il coordinamento e l'ottimizzazione del flusso dimissione ospedaliera attraverso un raccordo stretto con la funzione ospedaliera (e con il c.d. *bed manager*), assicurando il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni degli assistiti da un setting assistenziale all'altro;
- l'Ambito Territoriale Sociale 15 Comune di Macerata capofila, in associazione con gli AA.TT.SS. n. 14 Civitanova Marche, n. 16 San Ginesio, n. 17 Unione Montana Potenza Esino Musone, n. 18 Unione Montana Marca Di Camerino, ha risposto all'Avviso 1/2022 in data 09/08/2022, proponendo il Progetto "1.1.3 - Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione";
- con decreto n. 98 del 09/05/2022 la Direzione Generale per la lotta alla povertà e la programmazione sociale ha pubblicato gli elenchi dei progetti degli AA.TT.SS. ammessi al finanziamento e dei progetti idonei al finanziamento ma non finanziati e che il suddetto Progetto (CUP I24H22000120006) è risultato ammesso a finanziamento, per un importo pari a € 330.000,00 euro;
- la sopracitata progettualità è stata ammessa a finanziamento con un target minimo atteso di n. 130 persone n. 130 persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti nei territori degli AATTSS associati, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato;
- in data 14.06.2023, in adempimento al termine indicato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (di seguito MLPS), è stata inviata la DIA allo stesso Ministero nell'ambito della linea di intervento 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione" e 1.1.2. "Autonomia degli anziani non autosufficienti", la documentazione relativa alla costituzione delle equipe multidisciplinari (le cosiddette UVM) per la parte sociale, (con le professionalità delle Assistenti Sociali di ATS) individuata da ciascun AA.TT.SS. e per la parte socio-sanitaria, composta dalle professionalità indicate dai Direttori dei Distretti di Civitanova Marche, Camerino e Macerata afferenti l'AST di Macerata;

- con prot. 18965 del 23.02.2024, è stato stipulato l'accordo interambito, ovvero l'atto di aggregazione tra tutti gli AA.TT.SS. provinciali per favorire l'azione coordinata tra gli Enti volta a dare esecuzione al Progetto ammesso a finanziamento per il perseguimento delle finalità ivi indicate;
- in virtù del Fondo Nazionale Politiche Sociali - Annualità 2021, in applicazione del Piano Sociale Nazionale 2021/2023, della D.G.R. n.1344/2022 e del Decreto della Regione Marche n.47/2022, l'ATS 15 in qualità di capofila per il territorio provinciale e dei relativi AA.TT.SS. ha avuto un finanziamento per il progetto "La casa che cura. La persona al centro dei percorsi domiciliari integrati.", per le due attività:
 - percorso formativo dell'equipe multidisciplinare inerente il concetto globale di salute e benessere attraverso interventi multidisciplinari e un approccio bio-psico-sociale;
 - supporto domiciliare, a seguito di dimissione protetta, per anziani fragili con l'erogazione di un supporto OSS a domicilio.

Nell'ambito di tale cornice normativa si rende necessaria una **definizione condivisa dei percorsi di collaborazione e organizzativi** tra comparto socio – sanitario territoriale e ospedaliero, rappresentato dall'**AST di Macerata** e comparto dei Comuni della **Provincia di Macerata**, rappresentati in forma aggregata dagli **Ambiti territoriali sociali** (di seguito AA.TT.SS.) n. 14 -15 – 16 – 17 e 18 da utilizzare in relazione anche a future progettualità che abbiano ad oggetto percorsi di dimissione protetta.

Tutto ciò premesso

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE:

Articolo 1 – PREMESSE

Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente Atto.

Articolo 2 - OGGETTO

Con il presente Accordo gli Enti indicati in premessa intendono regolare l'esercizio delle reciproche funzioni per la realizzazione del progetto "La casa che cura. la persona al centro dei percorsi domiciliari integrati" di cui al livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS) "dimissioni protette" a valere sul fondo nazionale politiche sociali (FNPS) e del Progetto presentato a valere sull'Avviso pubblico n. 1/2022 per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Territoriali Sociali ammessi a finanziamento 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 1.1.3 - Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione, finanziato dall'Unione europea - Next generation Eu - CUP I24H22000120006, (d'ora in poi per brevità anche solo "Progetto").

L'Accordo avrà valenza anche per percorsi di dimissione protetta o interventi analoghi finanziati da diversi fondi e/o per future annualità.

Articolo 3 - OBIETTIVI

Il presente documento ha quindi l'obiettivo di formalizzare l'impegno, da parte dei Distretti sanitari di Camerino, Civitanova Marche e Macerata afferenti l'AST di Macerata e degli AATTSS n. 15 Macerata, n. 14 Civitanova Marche, n. 16 San Ginesio, n. 17 Unione Montana Potenza Esino Musone e n. 18 Unione Montana Marca di Camerino, di assicurare ad ogni persona con necessità assistenziali complesse la possibilità di usufruire di un percorso di dimissione protetta, caratterizzato da due fattori fondanti: un tempo definito e attori coinvolti nel passaggio ospedale-territorio-domicilio.

La c.d. "dimissione protetta" è infatti, un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente per acuti o post acuti ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

La "dimissione protetta" fa parte di un modello organizzativo che facilita la cosiddetta "transitional care" in quanto, a norma della DGR 858/2024, la COT (centrale operativa territoriale presente nei tre Distretti sanitari afferenti l'AST di Macerata), coordina e fa da "regia" per la presa in carico e il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. La dimissione protetta si concretizza nella dimissione da un contesto sanitario per acuti (setting emergenza – urgenza) o da una struttura riabilitativa o servizio accreditato ad un setting domiciliare che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il Medico di Medicina Generale, la Direzione Medica/Unità operative ospedaliere ed i Servizi territoriali dell'AST di Macerata e dell'Ente locale oltre che dell'Ambito Territoriale Sociale.

Il paziente in dimissione protetta può così tornare a casa pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e per il tramite del coordinamento della presa in carico svolto dalla COT distrettuale, "seguito" da un'adeguata assistenza socio-sanitaria domiciliare personalizzata sulla base del fabbisogno socio-sanitario riscontrato e della presa in carico multidisciplinare.

Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio- sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili. Va ricordato che il D.P.C.M. 12.1.2017 all'art. 22 prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisca alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

La norma specifica inoltre che *l'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio* (la cosiddetta "continuità assistenziale").

Le cure e l'assistenza domiciliare, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 14.2.2001 *"Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria"*.

Secondo quanto riportato dalla Scheda LEPS 2.7.3 "Dimissioni protette" (Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023) e previsto dalla normativa vigente:

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un 'Coefficiente di intensità assistenziale' (CIA (2)) inferiore a 0,14;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la 'presa in carico' della persona e la definizione di un 'Progetto di assistenza individuale' (PAI) ovvero di un 'Progetto riabilitativo individuale' (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la 'presa in carico' della persona e la definizione di un 'Progetto di assistenza individuale' (PAI) ovvero di un 'Progetto riabilitativo individuale' (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al *care giver*. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un 'Progetto di assistenza individuale' (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

In osservanza della D.G.R. Marche 1237/2021 *"Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta"*, gli obiettivi del presente protocollo, sono:

- facilitare la continuità dell'assistenza ospedale – territorio;
- ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata e/o il ricorso improprio al Pronto soccorso;
- favorire una veloce attivazione delle procedure di valutazione attraverso una comunicazione fluida e coordinata tra ospedale per acuti o setting residenziali e setting assistenziali territoriali per il tramite della COT distrettuale;

- uniformare il processo di dimissione protetta in tutto il territorio provinciale;
- garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei diversi ambiti territoriali della Provincia di Macerata, per la gestione integrata e coordinata degli interventi a favore delle persone non autonome che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio;
- sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita della persona nel proprio contesto di vita, incrementando, qualora necessario, la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile (i caregiver) o se osservato come significativo, abbassando il livello di stress psico-fisico e di *burn out* del caregiver familiare;
- rafforzare la coesione e l'inclusione sociale delle persone fragili e anziane nella vita della comunità di appartenenza;
- gli interventi erogati dagli AATTSS n. 15 Macerata, n. 14 Civitanova Marche, n. 16 San Ginesio, n. 17 Unione Montana Potenza Esino Musone e n. 18 Unione Montana Marca di Camerino mirano a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato ad un setting domiciliare che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato.

Articolo 4 - TARGET BENEFICIARI

I destinatari degli interventi di supporto domiciliare erogati in forma associata dagli AATTSS n. 15 Macerata, n. 14 Civitanova Marche, n. 16 San Ginesio, n. 17 Unione Montana Potenza Esino Musone e n. 18 Unione Montana Marca di Camerino, sono persone anziane, **residenti e domiciliate** nella Provincia di Macerata (domicilio e residenza possono anche non coincidere ma devono essere ricomprese nel territorio provinciale), ultrasessantacinquenni non autosufficienti e/o in condizione di fragilità o persone infra65enni ad essi assimilabili, non supportati da una rete formale e informale adeguata o con un supporto familiare a rischio burn out (ad esempio per l'età avanzata del congiunto/caregiver familiare).

Articolo 5 - PERCORSO TIPO E RUOLI INERENTI LE DIMISSIONI PROTETTE VERSO IL DOMICILIO DELL'UTENTE.

L'accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari deve avvenire a norma della DGR Marche n. 858 del 4.06.2024 "Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" e della D.G.R. n. 1237 del 18.10.2021 della Regione Marche "Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta".

Dal coordinamento del combinato disposto tra le due normative sopracitate si elabora il seguente percorso che parte dall'assunto che la dimissione protetta (D.P.) sia un sistema di comunicazione e di integrazione tra i diversi servizi e gli operatori al fine di garantire appropriatezza e continuità di cura, a beneficio della famiglia e dell'assistito.

FASE 1 – IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	
Persone target	Pazienti fragili provenienti dalla macro – area ospedaliera o dalle strutture per post-acuti verso la macroarea territoriale. I destinatari sono le persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti in condizioni di fragilità o persone infra 65enni ad essi assimilabili residenti e domiciliati nella Provincia di Macerata
FASE 2 – SEGNALAZIONE DEL CASO – ATTIVAZIONE SETTING INTEGRATO DOMICILIARE	
Proposta di dimissione protetta e informazione alla persona assistita/familiare	I referenti dell'Unità operativa ospedaliera delle quattro strutture dell'AST Macerata e il relativo case manager ospedaliero propone la D.P. e informa la persona ricoverata/familiare/tutore sulla necessità di attivazione del percorso. La struttura sanitaria per acuti e post-acuti inoltra alla centrale operativa territoriale (di seguito COT) o alla segreteria delle cure domiciliari, la richiesta di dimissioni protetta.
Attivazione della Dimissione Protette (di seguito DP)	Almeno 72 ore lavorative prima della data prevista, la struttura ospedaliera o per post-acuti, propone il setting delle cure domiciliari integrate, atto a supportare il beneficiario target e la sua famiglia al rientro presso il domicilio.
FASE 3 – RICEZIONE E ACCETTAZIONE DELLA SEGNALAZIONE E ATTIVAZIONE UVI - SETTING DISTRETTUALE	
Ricezione e accettazione della Segnalazione	A seguito dell'invio della segnalazione della D.P. da parte dei referenti ospedalieri (case manager ospedalieri) o dei loro delegati afferenti le quattro strutture ospedaliere dell'AST Macerata o della struttura sanitaria per post-acuti, alla segreteria organizzativa delle cure domiciliari, la stessa organizza la valutazione della tipologia del bisogno (semplice = monodimensionale, sanitario o sociale; complesso = multidimensionale, sociosanitario), utilizzando le informazioni disponibili inserite sulla piattaforma

	<p>telematica dalla struttura inviante. L'operatore della COT distrettuale o della segreteria delle cure domiciliari distrettuale, riceve ed accetta la segnalazione ed organizza il percorso di valutazione programmando tempi e modi dell'Unità valutativa integrata (UVI) per la valutazione del bisogno complesso.</p> <p>La COT/segreteria cure domiciliari distrettuale attiva l'UVI per valutare il percorso assistenziale appropriato (residenziale o domiciliare), da programmare.</p> <p>Nel caso si ritenga attivabile il percorso domiciliare verranno coinvolte le figure mancanti ad esempio: le Assistenti Sociali degli AA.TT.SS. 14-15-16-17 e 18 e dei Distretti sanitari (come da DIA del 14.06.2023) e le A.S. dei Servizi Sociali dei Comuni di residenza nel territorio della Provincia di Macerata</p>
--	---

FASE 4 – VALUTAZIONE UVM E REDAZIONE DEL PAI	
Valutazione e redazione PAI	<p>Nel caso si scelga, da parte dell'UVI, il percorso assistenziale domiciliare si attiva il servizio ADI/Cure Domiciliari integrate e l'UVM predispone e formalizza il Piano Assistenziale Individuale (PAI). In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure attivate potranno essere:</p> <ol style="list-style-type: none"> cure domiciliari di livello base cure domiciliari integrate (ADI) di I livello cure domiciliari integrate (ADI) di II livello cure domiciliari integrate (ADI) di III livello <p>Sulla base del PAI, si attiva il percorso assistenziale relativo agli interventi previsti dalle progettualità di Ambito, organizzando il setting assistenziale appropriato e monitorando gli interventi erogati a domicilio. Il PAI è redatto dall'equipe multidisciplinare dell'UVM in cui il Medico di medicina generale del beneficiario è il responsabile clinico, ed è composta almeno da: un referente medico distrettuale, un referente infermieristico distrettuale, l'assistente sociale distrettuale, l'assistente sociale dell'ATS e in caso di situazione complessa l'assistente sociale comunale a cui, in ogni caso, viene sempre inviato il PAI per opportuna conoscenza. L'UVM può essere integrata da figure medico-specialistiche valutate come necessarie nel caso specifico.</p>

Articolo 6 - MODALITÀ DI PRESA IN CARICO

Nel percorso di uscita dall'ospedale o dalla struttura sanitaria per acuti e post-acuti si identificano le modalità di prese in carico nei due livelli afferenti la dimissione, di seguito specificati.

FASE 5 – PRESA IN CARICO TERRITORIALE	
Pianificazione dimissione dal Setting Ospedaliero o Post acuzie	<p>Il case manager ospedaliero o il medico del reparto della struttura sanitaria per acuti e post-acuti, in previsione della D.P., assicurano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - che al paziente vengano garantite, prima della dimissione, le procedure e gli interventi necessari per il proseguo delle cure post dimissione (posizionamento CV, PICC, PEG, ecc.); - che al paziente vengano garantite e programmate le consulenze necessarie per il proseguo delle cure post dimissione (consulenza fisiatrica, nutrizionale, neurologica, ecc.); - il piano di eventuali controlli ambulatoriali, medicazioni o Day Hospital con relativi appuntamenti; - i piani terapeutici necessari (farmaci, ossigeno liquido, ecc.); - che al paziente vengano forniti farmaci per il primo ciclo di terapia; - che, in caso di nutrizione artificiale, al paziente venga fornita una quantità di sacche per l'alimentazione sufficiente a garantire il fabbisogno per i primi 15 giorni (come da Det. DG ASUR 719/2017 che modifica tale processo); - la prescrizione dei presidi e/o ausili necessari (in base alla tipologia); - l'avvio delle attività di formazione e addestramento dei caregiver per le attività di cura domiciliari.
Presenza in carico territoriale nel setting assistenziale domiciliare	<p>CURE DOMICILIARI</p> <p>La COT/Segreteria organizzativa cure domiciliari, accede ai flussi informativi sanitari, anche attraverso strumenti di interrogazione appositamente predisposti, per acquisire informazioni utili al monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.</p>

	<p>La COT/Segreteria organizzativa cure domiciliari, informa il MMG della dimissione protetta e della necessità di sua attivazione per il completamento del processo di transizione da un setting per acuti o post acuti ad un setting domiciliare (rispettando il cosiddetto modello organizzativo del “<i>transitional care</i>”).</p> <p>La COT/Segreteria organizzativa cure domiciliari, comunica al MMG la disponibilità dei servizi per l’assistenza al domicilio alla struttura ospedaliera o per post-acuti, pianificando le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none">1. assicura il trasferimento delle informazioni al <i>case manager</i> distrettuale che sarà individuato nel PAI;2. invia il caso all’UVM per la valutazione e la redazione del PAI;3. coordina le modalità operative della presa in carico;4. coordina insieme al referente per le D.P. il trasferimento del paziente dalla U.O. della struttura al domicilio nei tempi e modi definiti; <p>L’UVM, composta dal Medico di medicina generale del beneficiario (in qualità di responsabile clinico) e almeno: un referente medico distrettuale, un referente infermieristico distrettuale, l’assistente sociale distrettuale, l’assistente sociale dell’ATS e in caso di situazione complessa, l’assistente sociale comunale a cui, in ogni caso, viene sempre inviato il PAI per opportuna conoscenza, si occupa di:</p> <ol style="list-style-type: none">1. analizzare la situazione socio-familiare e la gestione dei bisogni di cura, secondo un approccio bio – psico – sociale a favore delle persone “target”, valutando la specifica situazione di D.P. e sottoscrivendo il PAI;2. attivare i sostegni domiciliari in linea con i servizi/attività rientranti nella progettualità LEPS – FNPS “<i>La casa che cura. La persona al centro dei percorsi domiciliari integrati</i>” e nella Linea di intervento PNRR - 1.1.3 “Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l’ospedalizzazione”;3. monitorare l’andamento del PAI;4. coordinare le modalità operative della presa in carico;5. monitorare gli interventi domiciliari concordati nel PAI;6. conservare agli atti d’ufficio copia dei PAI attivati. <p>L’UVM può essere integrata da figure medico-specialistiche valutate come necessarie nel caso specifico.</p>
--	---

La presentazione della proposta di dimissione protetta al singolo assistito/familiare e l’acquisizione del relativo consenso, sono a carico dell’operatore di riferimento delle U.O. delle Strutture per acuti o post-acuti.

Si sottolinea che l’individuazione degli utenti da segnalare da parte delle U.O. delle Strutture per acuti o post- acuti deve rispettare il delicato equilibrio tra l’esigenza di dimettere gli assistiti e le possibilità di presa in carico da parte dei servizi territoriali domiciliari.

Articolo 7 - COMPETENZE E INTERVENTI IN CAPO AGLI AA.TT.SS.

1. Partecipazione al percorso formativo ad hoc organizzato dall’ATS 15, per tutti i componenti delle UVM;
2. Partecipazione delle Assistenti Sociali degli AA.TT.SS. all’equipe multidisciplinari (UVM) quali loro componenti al fine di definire il PAI, con il coinvolgimento attivo delle persone in dimissione protetta e dei caregiver familiari quali attori del percorso di presa in carico multiprofessionale, sostenendo famiglie nella scelta del percorso più appropriato per la gestione delle problematiche socio-sanitarie a domicilio e orientandole ai servizi territoriali presenti nel proprio Comune/ATS di residenza;
3. Attivazione degli interventi domiciliari più adeguati, in accordo con l’utente e/o i familiari che, a solo titolo esemplificativo ma non esaustivo, si concretizzano in operatori domiciliari, anche di carattere socio-sanitario, rivolti all’assistenza della persona presso il proprio domicilio e al supporto della sua famiglia;
4. Monitorare l’andamento del PAI di concerto con gli altri componenti dell’UVM e conservare agli atti d’ufficio copia dei PAI attivati e sottoscritti da tutti i componenti dell’UVM.

Articolo 8 - ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO

L’attivazione del Protocollo prevede:

- la conoscenza dello stesso da parte di tutti gli operatori che vi prenderanno parte, garantita attraverso incontri di presentazione/momenti formativi da realizzare a cura delle singole strutture;
- l'identificazione degli operatori territoriali ed ospedalieri responsabili del percorso, al fine di facilitare la comunicazione tra ospedale, post -acuti e territorio.

Articolo 9. DURATA

Il presente Accordo potrà essere integrato da attività e/o interventi relativi alla misura progettuale PNRR e 1.1.3. "Rafforzamento dei Servizi sociali a favore della domiciliarità (dimissioni protette) ed eventuali finanziamenti a valere sul Fondo nazionale politiche sociali.

Il presente Accordo interistituzionale ha avvio dalla data di sottoscrizione dello stesso e prosegue fino a modifica delle condizioni normative che ne determinano l'operatività.

Il presente Protocollo d'intesa ha validità fino all'avvenuta ultimazione del progetto e rimane attivo fino a quando le parti non intendano recedere espressamente dallo stesso.

Per ciò che non è esplicitato nel presente accordo si rimanda alle D.G.R. n. 1237 del 18.10.2021 della Regione Marche denominata "Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta" e D.G.R. n. 858 del 4.06.2024 "Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale".

AST di Macerata
Il Direttore

Ambito Territoriale Sociale 15
Comune di Macerata
Il Sindaco

Ambito Territoriale Sociale 14
Comune di Civitanova Marche
Il Sindaco

Ambito Territoriale Sociale 16
Unione Montana dei Monti Azzurri
Il Presidente

Ambito Territoriale Sociale 17
Unione Montana Potenza Esino Musone
Il Presidente

Ambito Territoriale Sociale 18
Unione Montana Marca di Camerino
Il Presidente

Legenda degli acronimi e definizioni utilizzati

ATS: Ambito Territoriale Sociale CdC:

Casa della Comunità

COT: Centrale Operativa Territoriale

H: Servizi Ospedalieri e Pronto Soccorso (PS) MMG:

Medico di Medicina Generale

OdC: Ospedale di Comunità PUA:

Punto Unico di Accesso

UCPD: Unità Cure Palliative Domiciliari

UVI: Unità di Valutazione Integrata o altre unità di valutazione UVM: Unità

di valutazione multidisciplinare

UOSeS: Unità Operativa Sociale e Sanitaria, Le sue competenze riguardano il coordinamento di tutti i contenuti dell'area dell'integrazione sociale e sanitaria e la programmazione, l'organizzazione, la gestione delle attività specifiche, secondo quanto previsto dalla DGR 110/2015.

Nell'UOSeS sono collocati il PUA e l'UVI e altre unità di valutazione.