

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 3  
N. 938/AV3 DEL 17/07/2018**

**Oggetto: PROGETTO “ALI AZZURRE” – ANNO 2018.**

**IL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 3**

- . . . -

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

**VISTA** l'attestazione del Dirigente del Servizio Bilancio e del Servizio Controllo di Gestione;

**- D E T E R M I N A -**

1. di proseguire, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio che si intendono trascritte, il Progetto “Ali Azzurre” Anffas di Macerata per l'anno 2018, già operativo negli anni precedenti, approvando nel contempo le rivalutazioni degli apporti riabilitativi predisposti dall'equipe dell'Anffas per i pazienti assistiti anche negli anni pregressi, la nuova assistenza che sarà attivata nel corso dell'anno 2018, e che andranno ad essere erogate ai pazienti coinvolti nel Progetto medesimo;
2. di approvare e sottoscrivere il nuovo protocollo di intesa, formato da n. 10 pagine, che allegato al presente provvedimento forma parte integrante ed essenziale dello stesso;
3. di dare atto che gli esborsi che derivano dall'esecuzione delle attività progettuali per l'anno 2018, pari complessivamente a € 128.047,92 a carico dell'AV3, sarà coerente ed economicamente compatibile con le disponibilità economiche del budget che sarà assegnato per l'anno 2018, autorizzazione di spesa n. AV3TERR 22 sub 7/2018, Conto 05.05.09.01.09, c.d.c. 092112001 B.E. 2018;
4. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della LR 26/96 e s.m.i.;
6. di trasmettere copia della presente determina alla UOC Direzione Amministrativa Territoriale e al Servizio Contabilità e Bilancio per il seguito di competenza.

IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N. 3  
Dr. Alessandro Maccioni

**SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE E SERVIZIO BILANCIO**

Si attesta che la spesa prevista nel documento istruttorio per l'anno 2018 sarà coerente ed economicamente compatibile con le disponibilità economiche del budget che sarà assegnato per l'anno 2018.

Il Dirigente UOC Controllo di Gestione  
Paolo Gubbinelli

Il Dirigente UOC Contabilità e Bilancio  
Dr.ssa Lucia Eusebi

La presente determina consta di n. 15 pagine di cui n. 10 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**

**UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA E SANITARIA TERRITORIALE DI CONCERTO CON IL  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE E UMEA – Distretto di Macerata e  
Civitanova Marche**

**Normativa di riferimento**

Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 del 18-11-2010.

Piano Regionale Socio Sanitario 2010-2014 “Fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria, extra ospedaliera, socio-sanitaria e sociale”.

Deliberazione n. 138 dell’assemblea legislativa del 16-12-2011 “Piano Socio-Sanitario Regionale 2012/2014”.

Legge n. 118 di data 30 marzo 1971 (Conversione in legge del D.L. 30.01.1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili), in particolare l’art. 3, terzo comma, seconda proposizione relativo alle varie tipologie assistenziali fruibili da parte degli invalidi civili.

Legge n. 328 di data 08.11.2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) ed in particolare l’art. 14, intitolato “Progetti individuali per le persone disabili”.

Legge Regionale n. 43 del 05.11.1988 – Normativa regionale in materia di integrazione socio-sanitaria, in particolare l’art. 43 intitolato “Servizi semiresidenziali”.

D.P.C.M. 14.02.2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) in particolare nell’ambito della tabella allegata l’Area concernente l’Assistenza da erogare ai “Disabili”.

“Linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione” approvate con il Provvedimento – Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano – 7 maggio 1998, in particolare il punto 2.2. relativo alle tipologie di trattamenti tra i quali vi è quello estensivo o intermedio ed il punto 1.2. relativo al programma riabilitativo.

Accordo, ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente “Piano d’indirizzo per la riabilitazione” del 10-02-2011.

D.P.C.M. 12-01-2017 “Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”.

Determina n. 1006/AV3 del 14-09-2015 “Progetto Ali Azzurre – Anno 2015”.

Determina n. 1016/AV3 del 09-09-2016 “Progetto Ali Azzurre – Anno 2016”.

Determina n. 806/AV3 del 12-06-2017 “Progetto Ali Azzurre – Anno 2017”.

**Proposta di provvedimento**

Dall’anno 2008 il Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, di concerto con il Direttore Sanitario della Macrostruttura Territorio, hanno previsto interventi assistenziali e riabilitativi per vari pazienti disabili gravi.

Tutti i pazienti citati sono affetti da patologie ed invalidità di particolare gravità che versano in situazioni di svantaggio socio-familiare, per il quale è stato predisposto il progetto “Ali Azzurre”, erogato dall’Anffas Onlus di Macerata.

Tale progetto è stato prorogato di anno in anno fino a tutto il 2017 e consiste in apporti assistenziali terapeutico-riabilitativo erogati in regime semi residenziale, a favore di disabili particolarmente critici, non gestibili nell’ambito del normale regime diurno.

La normativa a sostegno degli interventi assistenziali è la seguente:

- sotto il profilo sanitario rileva l’art. 3, terzo comma seconda proposizione della Legge n. 118/1971 relativa agli invalidi civili – attualmente in vigore – il quale testualmente dispone quanto segue: “L’assistenza sanitaria specifica può attuarsi nella forma di trattamento domiciliare o ambulatoriale, a degenza diurna o a degenza residenziale”;
- sotto il profilo socio-sanitario rileva invece il Capo IV – Assistenza Sociosanitaria- Art. 21 – del D.P.C.M. 12-01-2017 “Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”.
- sotto il regime dell’assistenza socio-sanitaria l’art. 34 – Assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone alle persone con disabilità del D.P.C.M. 12-01-2017 “Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”.

Premesso quanto sopra, si rileva che negli anni di attivazione, il progetto “Ali Azzurre” ha risposto in modo molto mirato alle specifiche direttive di varie norme nazionali e regionali volte a tutelare in concreto le situazioni

cliniche gravi e di estremo svantaggio socio-familiare in cui versano i quattro pazienti coinvolti nel medesimo Progetto.

Le norme di cui trattasi sono menzionate qui di seguito:

1. L'obiettivo generale di integrare costantemente le attività sanitarie e sociali per garantire una maggiore sinergia ed efficacia degli interventi è previsto dal D.P.C.M. 14.02.2001 nella parte relativa all'assistenza a favore dei disabili e dall'art. 14 "Progetti individuali per le persone disabili" del predetto D.P.C.M.
2. La Parte n. 3 "I processi socio-sanitari" del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014, con particolare attenzione all'area della disabilità: Punto X "L'integrazione sociale e sanitaria". Gli obiettivi e i risultati potranno essere raggiunti tramite quanto indicato nel punto X.3.4 "Processi, percorsi, procedure" ed in particolare nel punto X.4 "La Pianificazione delle azioni".

Area Disabilità:

- Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica;

- Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia;

- Atti riferiti a convenzioni con strutture residenziali e semiresidenziali.

3. La parte IV "I Processi sociali" - punto XI. 3 "La Pianificazione delle azioni" del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014.

Considerate le predette disposizioni, si conferma che le varie patologie di cui sono affetti i predetti pazienti entrano a pieno titolo nel novero delle categorie contemplate nel P.S.N. e P.S.R., nonché nel nuovo D.P.C.M. relativo ai nuovi LEA 2017, di guisa da giustificare il mantenimento dei percorsi assistenziali preferenziali già in atto.

Si tratta di persone con patologie gravi, permanenti e croniche che si trovano in situazioni sociali di particolare svantaggio a causa delle gravi difficoltà di gestione dei familiari degli stessi, non in grado di far fronte costantemente ai molteplici bisogni del loro congiunto disabile.

Gli interventi riabilitativi del progetto "Ali Azzurre" rispondono e sono coerenti ai parametri delle "Linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione": punto 2.2. relativo alle tipologie di trattamenti tra i quali vi è quello estensivo o intermedio ed al punto 1.2. relativo al programma riabilitativo.

Per l'anno 2018 è stata effettuata una completa rivalutazione assistenziale dei singoli bisogni terapeutico-riabilitativi dei pazienti coinvolti nel Progetto Ali Azzurre, a seguito della modifica delle condizioni sociali e cliniche di alcuni di essi.

A partire dal mese di maggio 2018 è previsto un nuovo inserimento in tale progetto, a carico di Ce. El., per il quale l'UMEA del Distretto di Macerata ha preso in carico la paziente ai fini della valutazione dell'assistenza riabilitativa da erogarsi presso l'Anffas.

Per i tre pazienti già inseriti nella fattispecie assistenziale, Mo.Ga. e Ga. La. e Sa. Mi., sono stati predisposti nuovi setting socio-sanitari, sulla base di una nuova rivalutazione ed aggiornamento del bisogno assistenziale originario.

Al fine di riproporre la continuazione degli interventi per i pazienti originari e l'avvio della nuova assistenza nell'anno 2018, il Direttore del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione e la Responsabile dell'UMEA dell'AV3, con nota prot. n. 1121770 del 21-05-2018, hanno comunicato di aver svolto la visita ai pazienti in data 03-05-2018 ed effettuato le valutazioni dei progetti elaborati dall'equipe Anffas predisposti caso per caso, sulla base della seguente documentazione:

- le relazioni fornite dalla psicologa Dr.ssa Francesca Accorsi dell'Anffas di Macerata che ha eseguito in modo sistematico il follow-up di cui all'art. 11 del protocollo di intesa in merito a tutte le vicende assistenziali dei pazienti e dei loro familiari;
- le schede di rilevazione giornaliera degli interventi eseguiti separatamente per ciascun paziente, firmate dagli operatori dell'A.N.F.F.A.S. e dai familiari che fanno le veci dei pazienti;
- P.A.I. (Piano Assistenziale Individualizzato) condiviso con gli operatori U.M.E.A. e del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa con verifiche periodiche.

L'esito degli accertamenti ha permesso di pervenire alle seguenti conclusioni:

1. Con riferimento a tutto il 2018 possono essere mantenute in vigore le condizioni operative già in atto nel 2017, per quanto riguarda la gestione esecutiva del Progetto, ma con gli adattamenti impostisi a seguito del mutamento delle condizioni assistenziali e rivalutazioni per i pazienti Mo. Ga., Ga. La. e Sa. Mi.
2. Per garantire una maggiore collaborazione dei pazienti ai trattamenti da erogare nel 2018 occorre che venga mantenuto anche il follow-up continuativo e sistematico il quale può essere garantito dalla dr.ssa Francesca

Accorsi (psicologa). Il coordinamento ed il follow-up saranno garantiti per tutto il 2018 secondo le direttive dell'art. 11 del protocollo di intesa.

3. L'Area Vasta n. 3 e l'A.N.F.F.A.S. si impegnano ad eseguire la revisione dei programmi del 2018 qualora i trattamenti comportino un aggravamento delle situazioni, un mutamento dei bisogni clinico-assistenziali o qualora non sortiscano alcun effetto favorevole.

Nell'anno 2018, come anticipato, si procederà ad aggiungere al progetto "Ali Azzurre" anche la nuova paziente Ce. El.. Per quanto riguarda la paziente Ga. La., si evidenzia che è del Distretto di Civitanova Marche ed è stata presa in carico dall'UMEA del Distretto di riferimento, la cui referente ha espresso parere favorevole alla continuazione degli interventi per l'anno 2018 con nota prot. n. 1103204 del 12-04-2018, con visto del Direttore del relativo Distretto apposto in calce alla medesima nota.

Al fine di garantire l'assistenza per tutto il 2018 ai pazienti coinvolti in esso, si quantifica l'esborso che deriva dalla prosecuzione del progetto come segue:

Revisione delle condizioni economiche e clinico assistenziali del progetto, disciplinate con apposita integrazione dell'art. 3 del progetto:

la spesa totale prevista per l'anno 2018 è stata rivista sulla base delle rivalutazioni operate sui singoli apporti da erogare ai pazienti, compreso quello nuovo del nuovo inserimento. A seguito di tale globale rivalutazione la spesa complessiva dei costi a carico dell'Anffas sarà di euro 145.431,48 ma la concorrenza alla spesa a carico dell'AV3 per l'anno 2018 viene determinata comunque nella misura di 128.047,92 euro/anno.

Per l'anno 2018 viene applicato un sistema di garanzia ed adeguatezza ulteriore, rispetto a quanto previsto per gli anni pregressi, per l'effettiva erogazione delle prestazioni terapeutico-riabilitative a favore dei pazienti coinvolti nel Progetto Ali Azzurre: la spesa complessiva dei costi sostenuti dall'Anffas, pari ad euro 145.431,48, sarà ridotta in caso di assenza di ciascun paziente dall'Anffas ivi compreso il ricovero ospedaliero, salvo il periodo di chiusura del Centro Anffas nel mese di agosto.

Nel caso di sospensione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), determinatasi per qualsiasi motivo per ciascun paziente, ciò non comporterà alcuna spesa per l'AV3 relativamente ai costi analiticamente previsti nel P.A.I. stesso.

La comunicazione della sospensione del progetto sarà a carico dall'Anffas tramite le rendicontazioni trimestrali delle prestazioni.

La remunerazione è da ritenersi congrua e condivisibile oltre per il fatto che risponde perfettamente ai bisogni assistenziali previsti dalle succitate normative, anche per le seguenti ulteriori motivazioni:

- L'assistenza iniziata nel 2008 e proseguita con adeguamenti negli anni successivi, ha sortito buoni effetti a favore di ciascuno dei pazienti, in quanto si è evidenziata adeguata, appropriata ed efficace.
- Il mantenimento per il 2018 del buon livello di assistenza raggiunto alla fine del 2017 richiede anche per il 2018 la presenza di uno psicologo coordinatore per lo svolgimento di attività di follow-up dei pazienti e delle famiglie di appartenenza degli stessi.
- Per la rivalutazione degli apporti assistenziali, sia in termini di ore che di figure professionali, che sono stati rivisti per ciascun paziente.

Alla luce di ciò i medici sanitari firmatari del presente atto chiedono che per il 2018 venga approvato il nuovo protocollo di intesa secondo le disposizioni specificamente indicate nel protocollo medesimo che viene allegato al presente documento istruttorio.

#### Esito dell'istruttoria

In base alle motivazioni esposte, si propone

1. di proseguire il Progetto "Ali Azzurre" Anffas di Macerata per l'anno 2018, già operativo negli anni precedenti, approvando nel contempo le rivalutazioni degli apporti riabilitativi predisposti dall'equipe dell'Anffas per i pazienti assistiti anche negli anni pregressi, la nuova assistenza che sarà attivata nel corso dell'anno 2018, e che andranno ad essere erogate ai pazienti coinvolti nel Progetto medesimo;
2. di approvare e sottoscrivere il nuovo protocollo di intesa, formato da n. 10 pagine, che allegato al presente provvedimento forma parte integrante ed essenziale dello stesso;
3. di dare atto che gli esborsi che derivano dall'esecuzione delle attività progettuali per l'anno 2018, pari complessivamente a € 128.047,92 a carico dell'AV3, sarà coerente ed economicamente compatibile con le disponibilità economiche del budget che sarà assegnato per l'anno 2018, autorizzazione di spesa n. AV3TERR 22 sub 7/2018, Conto 05.05.09.01.09, c.d.c. 092112001 B.E. 2018;

4. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della LR 26/96 e s.m.i.;
6. di trasmettere copia della presente determina alla UOC Direzione Amministrativa Territoriale e al Servizio Contabilità e Bilancio per il seguito di competenza.

Il responsabile del procedimento  
Dr. Andrea Feliziani

Il Direttore del Dipartimento  
Medicina Fisica e Riabilitazione  
Dr. Giorgio Caraffa

La Reponsabile dell'UMEA  
Distretto di Macerata  
Dr.ssa Anna F. Annessi

La Responsabile Sanitaria  
Area Disabilità Distretto di Civitanova Marche  
Dr.ssa Sara Sacchi

Il Direttore Sanitario  
Distretto di Macerata  
Dr.ssa Giovanna Faccenda

Il Direttore Sanitario  
Distretto di Civitanova Marche  
Dr. Gianni Turchetti

Il Dirigente Amministrativo  
U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale  
Dr. Alberto Carelli

**- ALLEGATI -**

N. 10 pagine di Protocollo di Intesa relativo alla Prosecuzione nel 2018 del "Progetto Ali Azzurre".

**PROTOCOLLO DI INTESA PER LA PROSECUZIONE NEL 2018 DEL  
PROGETTO “ALI AZZURRE”**

tra

la **Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche – AREA VASTA N. 3 di Macerata** con sede in Macerata, Belvedere Sanzio n. 1, rappresentata dal Dr. Alessandro Maccioni nella qualità di Direttore dell'Area Vasta N. 3

e

**l'A.N.F.F.A.S. ONLUS Macerata** con sede in Macerata via Vanvitelli, n. 34, rappresentata dal Sig. Marco Scarponi in qualità di Presidente della predetta ONLUS.

**per la presa in carico degli utenti: Mo. Ga. - Ga. La. - Sa. Mi. - Ce. El.**

**Art. 1**

**Utenti destinatari – patologie, invalidità ed handicap degli utenti  
modalità di erogazione**

Gli utenti destinatari del progetto sono:

1) **MO. GA.** di sesso femminile, nata il 27/08/1997.

Patologie: Diagnosi di “Disabilità profonda dello sviluppo intellettuale, assenza di linguaggio e deambulazione assistita in soggetto con sindrome di Mowat-Wilson”.

Invalidità ed handicap: invalido civile 100% che necessita di assistenza continuativa, portatore di handicap in condizione di particolare gravità (L. 104/92) con benefici di cui alla L.R. 18/96.

TEMPI/FREQUENZA DEI TRATTAMENTI: dal Lunedì al Venerdì (escluso il periodo di chiusura estiva del Centro) per un monte ore complessivo settimanale pari a 35. ORARIO GIORNALIERO: 9.00 – 16.00 (pranzo incluso).

**Professionalità dedicate in modo continuativo secondo specifiche programmazioni dal 1 gennaio al 31 dicembre 2018:**

N° 1 EDUCATORE PROFESSIONALE in rapporto in rapporto 1:1 per un totale di 17 ore settimanali.

N° 1 OPERATORE SOCIO SANITARIO in rapporto in rapporto 1:1 per un totale di 16 ore settimanali.

N° 1 FISIOTERAPISTA per un totale di 2 ore settimanali.

L'articolazione dell'assistenza relativa al caso è caratterizzata da un rapporto 1 : 1

2) **GA. LA.** di sesso femminile, nata il nata il 17/11/1997.

Patologie: Diagnosi di “Tetaraparesi spastico-distonica in Encefalopatia Vascolare da mutazione gene COL4A1 (patologia autosomica dominante) con associata atrofia ottica bilaterale con cecità corticale”.

Invalidità ed handicap: invalido civile 100% che necessita di assistenza continuativa, portatore di handicap in condizione di particolare gravità (L. 104/92) con benefici di cui alla L.R. 18/96.

TEMPI/FREQUENZA DEI TRATTAMENTI: Dal Lunedì al Venerdì (escluso il periodo di chiusura estiva del Centro) per un monte ore complessivo settimanale pari a 35. ORARIO GIORNALIERO: 9.00 – 16.00 (pranzo incluso).

**Professionalità dedicate in modo continuativo secondo specifiche programmazioni dal 1 gennaio al 31 dicembre 2018:**

N° 1 EDUCATORE PROFESSIONALE per 15 ore settimanali

N° 1 OPERATORE SOCIO SANITARIO per 17 ore settimanali

N° 1 FISIOTERAPISTA per 3 ore settimanali

L'articolazione dell'assistenza relativa al caso è caratterizzata da un rapporto 1 : 1

3) **SA. MI.**, di sesso femminile, nata il 23/09/1998.

Patologie: Diagnosi di "Sindrome di Rett (F84.2)".

Invalità ed handicap: invalido civile 100% che necessita di assistenza continuativa, portatore di handicap in condizione di particolare gravità (L. 104/92) con benefici di cui alla L.R. 18/96.

TEMPI/FREQUENZA DEI TRATTAMENTI: Dal Lunedì al Venerdì (escluso il periodo di chiusura estiva del Centro) per un monte ore complessivo settimanale pari a 35. ORARIO GIORNALIERO: 9.00 – 16.00 (pranzo incluso).

**Professionalità dedicate in modo continuativo secondo specifiche programmazioni dal 1 gennaio al 31 dicembre 2018:**

N° 1 EDUCATORE PROFESSIONALE in rapporto in rapporto 1:1 per un totale di 17 ore settimanali

N° 1 OPERATORE SOCIO SANITARIO in rapporto in rapporto 1:1 per un totale di 16 ore settimanali

N° 1 FISIOTERAPISTA per un totale di 2 ore settimanali

L'articolazione dell'assistenza relativa al caso è caratterizzata da un rapporto 1 : 1

4) **CE. EL.**, di sesso femminile, nata il 26/09/1988.

Patologie: Diagnosi di "Ritardo Mentale gravissimo in esiti di encefalopatia epilettogena farmacoresistente".

Invalità ed handicap: invalido civile 100% che necessita di assistenza continuativa, portatore di handicap in condizione di particolare gravità (L. 104/92) con benefici di cui alla L.R. 18/96.

TEMPI/FREQUENZA DEI TRATTAMENTI: Dal Lunedì al Venerdì (escluso il periodo di chiusura estiva del Centro) per un monte ore complessivo settimanale pari a 35. ORARIO GIORNALIERO: 9.00 – 16.00 (pranzo incluso).

**Professionalità dedicate in modo continuativo secondo specifiche programmazioni dal 1 maggio al 31 dicembre 2018:**

N° 1 EDUCATORE PROFESSIONALE in rapporto in rapporto 1:1 per un totale di 18 ore settimanali

N° 1 OPERATORE SOCIO SANITARIO in rapporto in rapporto 1:1 per un totale di 17 ore settimanali

Gli orari settimanali di tutti i succitati pazienti coinvolti nel Progetto Ali Azzurre 2018 includono anche il pranzo.

#### PROFESSIONALITA' DEDICATE IN MODO NON CONTINUATIVO

##### A TUTTI GLI UTENTI:

1 medico (60 ore secondo cadenze e necessità cliniche specifiche)

1 psicologo (120 ore secondo cadenze e necessità cliniche specifiche)

1 ass. sociale (150 ore secondo cadenze e necessità cliniche specifiche)

3 fisioterapiste (7 ore secondo cadenze e necessità cliniche specifiche)

**Art. 2****Durata**

La durata del presente progetto è di un anno: decorrenza dal 01.01.2018 e durata fino al 31.12.2018 salve eventuali interruzioni dei trattamenti per motivi clinici o per altre cause attinenti agli utenti.

**Art. 3****Professionalità richieste nel complesso e costi**

Le figure professionali necessarie per lo svolgimento dei trattamenti assistenziali e riabilitativi destinati a tutti gli utenti con riferimento al periodo assistenziale che va dal 01.01.2018 al 31.12.2018, sono rappresentate qui di seguito:

Figure impegnate in modo continuativo	Figure impegnate in modo NON continuativo
2 EDUCATORI PROFESSIONALI	1 MEDICO
2 OSS. OPERATORE SOCIO-SANITARIO	1 PSICOLOGO
	1 ASSISTENTE SOCIALE
	3 FISIOTERAPISTA

**Totale dei costi AV3 Anno 2018: € 128.047,92**

L'importo complessivo dei costi complessivi a carico dell'Anffas per l'assistenza a tutti i pazienti coinvolti nel Progetto Ali Azzurre per l'anno 2018 (comprendente le voci del costo del personale, gestione ed equipe) viene determinato in euro 145.431,48 ma l'AV3 concorrerà per un importo annuo insuperabile di € 128.047,92. Tale importo è comprensivo della spesa per l'avvio dell'assistenza di una nuova paziente, Ce. El., il cui progetto sarà attivato nel mese di maggio fino alla fine dell'anno 2018.

La spesa complessiva dei costi sostenuti dall'Anffas, pari ad euro 145.431,48, sarà ridotta in caso di assenza di ciascun paziente dall'Anffas ivi compreso il ricovero ospedaliero, salvo il periodo di chiusura del Centro Anffas nel mese di Agosto.

Nel caso di sospensione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), determinatasi per qualsiasi motivo per ciascun paziente, ciò non comporterà alcuna spesa per l'AV3 relativamente ai costi analiticamente previsti nel P.A.I. stesso.

La comunicazione della sospensione del progetto sarà a carico dall'Anffas tramite le rendicontazioni trimestrali delle prestazioni.

**Art. 4****Tempi di verifica e variazioni degli impegni progettuali**

I tempi di verifica saranno eseguiti secondo le disposizioni dell'art. 11 del presente protocollo di intesa da parte della coordinatrice del progetto, individuata di comune accordo nella persona della psicologa, dr.ssa Francesca Accorsi.

Nell'arco di vigenza dell'assistenza, l'impegno orario di ciascuna figura professionale potrà variare in aumento e/o diminuzione (anche con eventuali compensazioni tra i singoli aumenti e le singole diminuzioni) a seconda delle concrete esigenze cliniche e riabilitative individuali di ciascun paziente. Si precisa che tale regola potrà operare per ciascun paziente. L'operazione di adeguamento delle ore non deve comportare maggiori oneri a carico dell'Area Vasta n. 3 ossia maggiori costi oltre il tetto di spesa di cui al succitato art. 3, cioè € 128.047,92 e purché non venga pregiudicata l'appropriatezza, l'adeguatezza e l'efficacia dei trattamenti progettuali in relazione alle esigenze di ciascun utente.

**Art. 5****Luogo di erogazione delle prestazioni**

Le prestazioni verranno erogate negli spazi ubicati al piano terra dell'edificio ANFFAS sito in via Vanvitelli n. 24 (MC).



## Art. 6

### Prestazioni a favore di Mo. Ga.

Il programma riabilitativo da erogare a favore dell'utente Mo. Ga. comprende le seguenti attività ed interventi:

#### QUADRO CLINICO E FUNZIONALE

Area cognitiva: Ritardo mentale severo. Attenzione condivisa scarsa, evocabile, per tempi brevi, attraverso numerose e ripetute sollecitazioni. Memoria non valutabile. Riconosce le persone per lei significative, verso le quali manifesta reazioni di sorriso. L'iniziativa verso l'oggetto risulta ridotta. È in grado di utilizzare schemi motori semplici attraverso azioni elementari e ripetitive (prendere, portare alla bocca, battere, gettare, premere). Presente la capacità di riconoscere oggetti familiari ed utilizzati in maniera routinaria attraverso la loro funzione. È parzialmente in grado di anticipare eventi routinari in base ad indici sensoriali (visivo,olfattivo,uditivo). Presenta epilessia per quale viene trattata farmacologicamente.

Area comunicativo-relazionale: Assenza di linguaggio. Emette suoni gutturali. Espressione dei bisogni e richieste di attenzione manifestate in maniera comportamentale: i genitori comprendono dalle reazioni di Gaia i suoi bisogni e utilizzano la routine e la strutturazione della giornata come strategia anticipatoria. La ragazza comprende semplici ordini contestualizzati e brevi messaggi routinari veicolati soprattutto dal linguaggio corporeo. Riconosce il proprio nome. Se chiamata si volta. Attraverso il linguaggio corporeo esprime bisogni: la richiesta di attenzione avviene attraverso forme di comunicazione corporea più esplicite (es. battere sul tavolo, produrre suoni etc.). Vocalizza per avere attenzione, a volte attiva agiti oppositori o si irrigidisce per manifestare disagio. Riconosce il tono, comprende la mimica, il "no", raramente il gesto.

Accetta il contatto corporeo, mostra reazioni positive (sorriso) soprattutto nei confronti della stimolazione relazionale delle persone significative (es. fratello).

Area senso-percettiva: La ragazza è particolarmente attratta da ciò che è veicolato dal canale uditivo: le piace la musica, discrimina alcuni rumori dell'ambiente con caratteristiche di familiarità e sa associarli alla fonte sonora e ad eventi routinari.

Area psicomotoria: Consolidata la capacità di deambulazione con l'uso di un carrello deambulatore con supporto parziale dell'adulto; la ragazza si orienta sufficientemente in spazi noti utilizzando riferimenti familiari e routinari. Possibile la deambulazione autonoma per brevi tratti, con base di appoggio allargata, tronco in cifosi dorsale e oscillazione anteriore del bacino. Con appoggio laterale e consistente aiuto dell'adulto può salire e scendere le scale con scarso controllo visivo e dell'azione. La posizione seduta viene mantenuta in autonomia per tempi medio-lunghi. La presa è immatura, tendenzialmente palmare.

AREA ADATTIVO-SOCIALE: Tendenzialmente oppositiva soprattutto nel momento in cui viene gestita nelle autonomie personali. Scarsa tolleranza alla frustrazione. Talvolta, a causa dell'irrequietezza psicomotoria, reagisce con comportamenti disadattivi (tira i capelli e graffia). Parziale capacità di tollerare la permanenza in contesti rumorosi o ove vi sia confusione. Esprime dolore e/o disagio attraverso il pianto. Necessita di alternare sessioni di lavoro brevi e ripetute a momenti di riposo.

AREA DELLE AUTONOMIE: Assistita totalmente in tutte le autonomie di base. Indossa il pannolone, anche se si tenta di mantenere il controllo sfinterico eterodiretto (viene portata in bagno ad orari). Per quanto concerne l'alimentazione viene imboccata e mangia prevalentemente cibo frullato o sminuzzato. Beve con il cucchiaino. Sente pochissimo lo stimolo della sete tanto che beve molto poco e, quando lo fa, ha spesso il reflusso. Ciclo irregolare. Presenta scialorrea. Tendenzialmente regolare nel ritmo sonno-veglia.

#### OBIETTIVI TERAPEUTICI

##### DOMINIO 1: BENESSERE FISICO

Ob. sp. 1.1: Accettare l'alimentazione proposta seguendo le indicazioni emerse dalla valutazione logopedica.

Ob. sp. 1.2: Mantenere la capacità di deambulare mediante deambulatore e con l'ausilio del busto e contenere le deformità della colonna.

## DOMINIO 2: BENESSERE EMOZIONALE

Ob. sp. 2.1: Favorire il rilassamento psico-somatico e la riduzione delle stereotipie (verbali e motorie) attraverso l'esperienza della stimolazione somato-sensoriale e l'esplorazione ambientale.

## DOMINIO 5: SVILUPPO PERSONALE

Associare ad alcune attività strutturate della giornata ( pasto, uscita in carrozzina) un oggetto individuato e un comportamento richiesto.

### **Art. 7**

#### **Prestazioni a favore di Ga. La.**

Il programma riabilitativo da erogare a favore dell'utente Ga. La. comprende le seguenti attività ed interventi:

#### QUADRO CLINICO E FUNZIONALE

Area cognitiva: Il profilo cognitivo è proprio di un quadro di severo ritardo. Attraverso routine giornaliere la ragazza dà segnali di anticipazione esprimendo il riconoscimento di persone, contesti ed eventi divenuti nel tempo molto familiari. Presenti talora elementari associazioni funzionali. La motivazione è costituita dal soddisfacimento di bisogni primari sui quali la ragazza cerca a volte di richiamare l'attenzione dell'adulto, spesso attraverso il pianto e/o una modulazione vocalica.

Area neuropsicologica: Tempi attentivi brevi e all'interesse verso stimoli sonori e voci familiari che la ragazza sa riconoscere ed associare. E' in grado di memorizzare voci, suoni e routine reiterate.

Area psicomotoria: E' presente una tetraparesi spastico-distonica con conseguente sublussazione dell'anca dx, che si è strutturata, con limitazione articolare e graduale aumento dell'ipertono conseguente al dolore. Si va accentuando la rotazione del bacino ed una inclinazione verso sx del tronco. In posizione prona è diventato più difficoltoso l'allineamento. Si rileva una frequente irritabilità per il dolore articolare che si va accentuando. Presenti movimenti intenzionali dell'arto superiore sx soprattutto in presenza della sollecitazione dell'adulto.

Area comunicativo-relazionale: Presente l'utilizzo di segnali anticipatori, che la ragazza mostra in parte di riconoscere, in momenti significativi della giornata. La comunicazione verbale è assente, si rintracciano vocalizzi modulati, che appaiono stabilizzati; è presente anche il sorriso ed il pianto con funzione comunicativa di bisogni e/o disagio fisico.

Area senso-percettiva: E' presente una grave ipovisione in OO: la ragazza riconosce luci ed ombre; integra la percezione uditiva: vengono discriminati suoni, toni e voci familiari. Attraverso la percezione tattile la ragazza sembra riconoscere grossolane differenze relative alla qualità della superficie che entra in contatto con il suo corpo

Area emotivo-affettiva: Le risposte emotive tendono ad essere massive, poco modulate. Presente il pianto, l'irrigidimento corporeo, il riso quali principali espressioni di stati emotivi.

Area psicosociale: La ragazza gradisce e si adatta a contesti socialmente stimolanti che nel tempo impara a riconoscere attraverso stimolazioni sonore e tattili.

Area degli apprendimenti: La ragazza va costantemente guidata nell'orientamento alla realtà e nel riconoscimento di persone, contesti ed eventi familiari

Area delle autonomie: Assente ogni forma di autonomia personale; la ragazza va supportata in tutte le autonomie di base. L'ambiente costituisce un fondamentale fattore per sostenere la ragazza nel soddisfacimento dei bisogni primari, nei processi di orientamento alla realtà e nell'adattamento all'ambiente.

#### OBIETTIVI TERAPEUTICI

##### DOMINIO 1: BENESSERE FISICO

Ob. sp. 1.1: Favorire una corretta postura in carrozzina, in particolare al momento del pasto per prevenire l'infezione alle vie respiratorie.

Ob. sp. 1.2: Contenere l'ipertono e le rigidità articolari.

##### DOMINIO 2: BENESSERE EMOZIONALE

Ob. sp. 2.1: Favorire l'adattamento all'organizzazione routinaria della giornata mediante la stimolazione senso percettiva.

### **Art. 8**

#### **Prestazioni a favore di Sa. Mi.**

Il programma riabilitativo da erogare a favore dell'utente Ga. La. comprende le seguenti attività ed interventi:

#### **QUADRO CLINICO E FUNZIONALE**

La giovane presenta un quadro motorio estremamente compromesso dalla patologia, accompagnato da una grave scoliosi per la quale è stato adottato un corsetto. La severa scoliosi e l'assetto posturale sono di ostacolo per una ventilazione ottimale.

Assente risulta il controllo della postura e la capacità di produrre anche minimi cambiamenti dalla posizione supina. Sono presenti episodi di apnea.

Presenti segni di spasticità e distonia con possibilità di un maggiore allungamento passivo a livello delle ginocchia e delle anche. Scarsa la coordinazione muscolare. Difficoltosa risulta anche la dorsiflessione della tibio tarsica, piedi ipotrofici. Il capo è spesso in atteggiamento di flessione anterolaterale sx e contenuto con un tutore. Presente bruxismo con elevata frequenza.

A livello cognitivo si evidenzia un quadro di ritardo profondo. Risponde con il sorriso a stimoli sensoriali di tipo uditivo, tattile e visivo in particolare, con funzioni anche di contenimento e rilassamento.

La giovane finalizza il gesto per afferrare oggetti che le interessano o su richiesta, su base imitativa, ma l'attenzione e l'interesse sono di breve durata e discontinui. Persistono le stereotipie a carico delle mani: torcere/contrarre, sfregare, tamburellare/portare le mani alla bocca e suoi capelli. Le stereotipie si riducono quando l'attenzione della ragazza è rivolta alla figura adulta in relazione empatica. Micol manifesta attenzione e ascolto fissando negli occhi l'interlocutore. Il contatto oculare risulta discontinuo ed è legato al quadro clinico di base. La giovane emette intenzionalmente lamenti quando vuol comunicare senso di fastidio o dolore o richiamare l'attenzione. In uno stato di benessere è presente un sorriso sociale. Il livello emotivo risulta caratterizzarsi a livello di differenziazione di stimolazioni legate alla sensazione di piacere e dispiacere. Permangono segnali di orientamento alla realtà favorito dell'utilizzo di procedure proposte in modo routinario.

#### **OBIETTIVI TERAPEUTICI**

- a) Consolidamento ed ampliamento delle condotte adattive e della capacità di orientamento alla realtà, attraverso l'esperienza di semplici routine.
- b) Ampliamento della iniziativa nel comunicare bisogni e della comprensione di semplici messaggi contestualizzati veicolati anche dal linguaggio corporeo.
- c) Ampliamento della capacità di attenzione all'ascolto e condivisa
- d) Contenere le deformità e le rigidità articolari

### **Art. 9**

#### **Prestazioni a favore di Ce. El.**

Il programma riabilitativo da erogare a favore dell'utente Ce. El. comprende le seguenti attività ed interventi:

#### **QUADRO CLINICO E FUNZIONALE**

- a) Funzione Cognitiva

Presente un livello di sviluppo riferibile ad un R.M. gravissimo con strutture di pensiero proprie dello stadio senso-motorio.

L'interazione con l'ambiente è veicolata prevalentemente dal canale percettivo-visivo e motorio. Ancora in acquisizione l'uso funzionale degli oggetti limitatamente a quelli con caratteristiche di familiarità ed utilizzo routinario. Scarsa tolleranza alla frustrazione.

b) Funzione Emotivo-Affettiva

Il livello dello sviluppo emotivo-affettivo documenta una mancata maturazione del processo di separazione-individuazione. E. si esprime con una mimica non sempre mobile e poco significativa degli stati d'animo; risulta assente il linguaggio verbale e quasi assente e privo di funzione comunicativa linguaggio non verbale presenta una difficoltà nella modulazione dello stato emotivo che si evidenzia attraverso la manifestazione comportamentale delle emozioni di base (piacere-gioia-contentezza/dispiacere-dolore-rifiuto). È in grado di riconoscere la figura di riferimento, che utilizza per l'esplorazione dell'ambiente e che ricerca attivamente attraverso il contatto tonico e talvolta oculare per la soddisfazione dei propri bisogni. Manifesta interesse e attenzione (anche se per pochissimi minuti) per semplici elementi della realtà a lei noti (es. oggetti, suoni) verso i quali mostra un bisogno di esplorazione attraverso il canale senso-percettivo.

c) Funzione Comunicativo-Relazionale (linguaggio)

Il linguaggio verbale risulta assente. La comunicazione è prevalentemente veicolata dal canale mimico e corporeo; non è presente il gesto indicativo. Vengono espressi suoni modulati per esprimere stati emotivi di base (secondo la polarità piacere/dispiacere o rifiuto), per manifestare il disagio vissuto o anche come richiesta di attenzione.

È in grado di esprimere un'iniziativa "agita" (es. alzarsi per prendere giochi luminosi e sonori a lei noti, costruzioni, ecc.) nelle situazioni nelle quali è particolarmente motivata o per esprimere la necessità di soddisfacimento dei bisogni primari (prendere il bicchiere sul tavolo).

La comprensione di contenuti linguistici è limitata ad elementari messaggi lineari e ad ordini situazionali e contestualizzati ad una variabile. All'interno di una relazione significativa, l'altro è necessario per compiere ogni atto di vita quotidiana (necessita di guida fisica e supporto per le principali azioni del vivere comune) e come mediatore con l'ambiente circostante.

d) Funzione Senso-Percettiva

Molto scarso livello di integrazione delle funzioni percettivo-sensoriali che si traduce nella necessità della mediazione dell'adulto per la modulazione nelle fasi esecutive di compiti e/o azioni, anche semplici. Tale problematicità emerge anche nei processi di decodifica, di analisi e di riconoscimento degli stimoli in fase di conoscenza e apprendimento. Ancora in evoluzione lo sviluppo dei processi di riconoscimento ed orientamento nella realtà a livello spazio-temporale. In assenza di stimolazione e mediazione esterna la paziente tende all'isolamento e all'autostimolazione sensoriale.

e) Funzione Motorio - Prassica

La stazione eretta è mantenuta a base lievemente allargata con retroposizione del tronco; la deambulazione è possibile senza appoggio in situazioni protette, senza particolari barriere logistiche (terreno in piano) anche se E. tende a ricercare l'appoggio della persona o dell'ambiente (quando non si sente sicura si aggrappa all'adulto o si appoggia a muri, sedie, ecc.); Gli spostamenti avvengono, comunque, prevalentemente in forma assistita anche in ambito familiare non solo per le difficoltà a mantenere l'equilibrio ma anche per le numerose crisi epilettiche presentate.

Ancora in evoluzione l'acquisizione di schemi motorio-prassici anche elementari (es. afferramento, prensione); riesce a compiere semplici schemi di azione su base routinaria.

#### f) Funzioni Neuropsicologiche

Funzioni neuropsicologiche compromesse del RM gravissimo e dagli esiti di encefalopatia epilettogena farmaco-restistente. Presente l'attenzione ai livelli più elementari: presente l'attenzione condivisa in presenza dell'oggetto riconosciuto sulla base del quale si struttura una sequenza di azioni (es. prendere il bicchiere per bere). E. è in grado di riconoscere una elementare procedura da compiere con l'uso anticipatorio di un oggetto-noto se però la stessa è legata ad azioni contestualizzate, routinarie e connesse per lo più alle autonomie di base (es. cucchiaino per mangiare). È in grado di mostrare interesse stimoli sonori e luminosi.

#### g) Funzioni Adattive (autonomie personali)

Completamente dipendente dalle figure di riferimento per tutti i principali atti di vita quotidiana. Nel rapporto con la realtà circostante, necessita della guida fisica e della mediazione della figura di riferimento, che agisce anche con funzione di stimolazione al riconoscimento ed orientamento rispetto a tempi/ritmi e spazi familiari, anche comunitari. Il livello globale dell'autonomia è marcatamente compromesso: necessita infatti di assistenza nella deambulazione e nelle attività primarie di base (alimentazione, utilizzo del bagno, igiene personale); il controllo degli sfinteri viene gestito prevalentemente con modalità che vengono regolate ed attuate dall'esterno (prevalentemente a orario).

#### OBIETTIVI TERAPEUTICI

##### DOMINIO 5: SVILUPPO PERSONALE

Ob. sp. 5.1 (Sviluppare un comportamento attivo durante il pasto (riporre il/i bicchieri nel carrello).

Ob. sp. 5.2 (Stimolare un'azione all'interno della procedura del lavarsi le mani (aprire e chiudere il rubinetto; strofinare le mani dopo che l'operatore ha fornito la dose di sapone).

Ob. Sp. 5.3 (Aumentare la consapevolezza del sé corporeo attraverso la stimolazione senso percettiva).

##### DOMINIO 6: RELAZIONI INTERPERSONALI

Ob. Sp. 6.1 (Stimolare la relazione con la figura di riferimento attraverso la sollecitazione dell'agganciamento dello sguardo).

Per l'utente **Ce. El.** il progetto riabilitativo ha validità dal 1 maggio al 31 dicembre 2018.

#### **Art. 10**

##### **Documentazione delle prestazioni e fatturazione del compenso**

Le prestazioni oggetto del protocollo di intesa dovranno essere documentate in apposita scheda con riferimento a ciascun giorno di erogazione, menzionando il numero delle ore di trattamento prestato. La scheda debitamente compilata deve essere firmata dall'equipe che ha erogato le prestazioni (ossia il numero di ore) e deve essere controfirmata dal paziente o da chi ne fa le veci (genitori o parenti).

La rappresentazione da parte dell'A.N.F.F.A.S. di quanto dovuto dall'Area Vasta n. 3 a titolo di compenso deve avvenire indicando separatamente per ciascun paziente quanto dovuto.

Il totale massimo complessivo della spesa per l'AV3 ammonta comunque a 128.047,92 euro/anno (budget di spesa 2018) come meglio specificato dall'art. 3 del presente accordo.

Qualora dovessero mutare le condizioni clinico-assistenziali poste alla base del protocollo di intesa (mutamento dell'assistenza, morte anche di uno solo dei pazienti, abbandono delle terapie, riduzione degli orari, etc.) le parti si impegnano di modificare le condizioni economiche oggetto dell'accordo per regolamentare le stesse ex novo in conformità alle nuove situazioni assistenziali dei progetti.

La rendicontazione delle spesa sui costi non sostenuti a seguito della sospensione del progetto applicato a ciascun paziente, osserverà la regola della riduzione dei costi complessivi, secondo quanto previsto dall'art. 3 del presente Protocollo di Intesa.

Gli importi relativi a prestazioni non adeguatamente documentate non verranno liquidati. Eventuali fatturazioni eseguite in eccedenza rispetto al tetto di spesa iniziale o quello eventualmente aumentato ai sensi dell'art. 3 del presente protocollo di intesa non verranno liquidate. La liquidazione delle fatture avverrà entro 90 giorni dalla data di ricevimento delle stesse.

#### **Art. 11**

##### **Attività di follow-up e coordinamento della psicologa**

La psicologa dell'A.N.F.F.A.S. Francesca Accorsi è incaricata per tutto il 2018 quale referente e coordinatrice per l'esecuzione delle attività di follow-up da svolgere con cadenza mensile. La predetta coordinatrice, il cui supporto è imprescindibile anche nel 2018 rappresenterà per ciascun paziente i dati di seguito indicati:

a.) La situazione iniziale del paziente e l'evoluzione delle vicende assistenziali sotto forma di analisi dell'andamento e monitoraggio dei trattamenti relativi al progetto terapeutico personalizzato. In particolare occorre rappresentare i percorsi terapeutici conseguiti nel corso del periodo in cui vengono erogati i trattamenti ed il grado di collaborazione del paziente: colloqui individuali con gli operatori. Visione e monitoraggio dei filmati di osservazione. Per ciascun periodo di riferimento occorre l'indicazione dei risultati conseguiti (terapeutici, sociali e psicologici); aggiornamento del quadro psicodiagnostica; incontri di d'equipe per monitoraggio e verifica obiettivi terapeutico-riabilitativi.

b.) Attività di assistenza alla famiglia del disabile sotto forma di sostegno e supporto psicologico. In particolare occorre accertare la collaborazione tra la famiglia, l'A.N.F.F.A.S. ed il paziente: incontri con le famiglie finalizzati al monitoraggio del percorso terapeutico in atto, colloqui di counselling individuali con i familiari. Per ciascun periodo di riferimento occorre anche rappresentare i risultati conseguiti (terapeutici, sociali e psicologici) ivi compresi i miglioramenti o eventuali peggioramenti rispetto all'anno precedente.

#### **Art. 12**

##### **Controlli**

L'Area Vasta n. 3 è autorizzata a svolgere in ogni momento tutti i controlli necessari per accertare la corretta esecuzione degli interventi progettuali che vengono eseguiti all'interno delle strutture dell'A.N.F.F.A.S.

L'A.N.F.F.A.S. fornirà all'Area Vasta n. 3 su richiesta della stessa, ed in particolar modo del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione o della Direzione Sanitaria dei Dipartimenti Territoriali, anche nel corso dei trattamenti, eventuali relazioni sullo stato degli utenti.

#### **Art. 13**

##### **Integrazione socio-sanitaria e prosecuzione del progetto nel 2018**

###### Integrazione socio-sanitaria.

L'Area Vasta n. 3 si riserva il diritto di rivedere gli interventi progettuali al fine di valutare l'eventuale incidenza della tutela sanitaria e sociale per concordare con i Comuni di appartenenza dei pazienti eventuali riparti (socio-sanitari) delle spese, ossia l'imputazione delle spese non sanitarie a carico dei Comuni di appartenenza. Predetta revisione avverrà alla luce dei criteri che potrebbero essere impartiti da appositi atti di indirizzo, da atti programmatici e/o da qualsiasi disposizione relativa alla materia.

###### Adeguamento ed avvio dei programmi terapeutici assistenziali per l'anno 2018.

L'impegno orario rappresentato nel presente protocollo di intesa con riferimento a ciascun paziente è stato rivisto e rivalutato o calcolato ex novo, secondo anche la nuova esigenza assistenziale avviata nel corso del 2018, o in base alle circostanze contingenti emerse nel corso del tempo.

Premesso quanto sopra l'A.N.F.F.A.S. e l'Area Vasta n. 3 concordano di mantenere anche per il 2018

l'apporto quali-quantitativo di ciascuna figura professionale impiegata nel progetto, al fine di dare regolare prosecuzione a tutte le attività assistenziali.

L'Area Vasta n. 3 e l'A.N.F.F.A.S. si impegnano altresì ad eseguire la revisione completa dei programmi qualora i trattamenti oggetto degli stessi comportino un aggravamento delle situazioni degli utenti o qualora non sortiscano più alcun effetto favorevole.

**IL PRESIDENTE  
DELL'A.N.F.F.A.S. ONLUS  
Sig. Marco Scarponi**

**IL DIRETTORE DELL' AREA VASTA N. 3  
SEDE DI MACERATA  
Dr. Alessandro Maccioni**