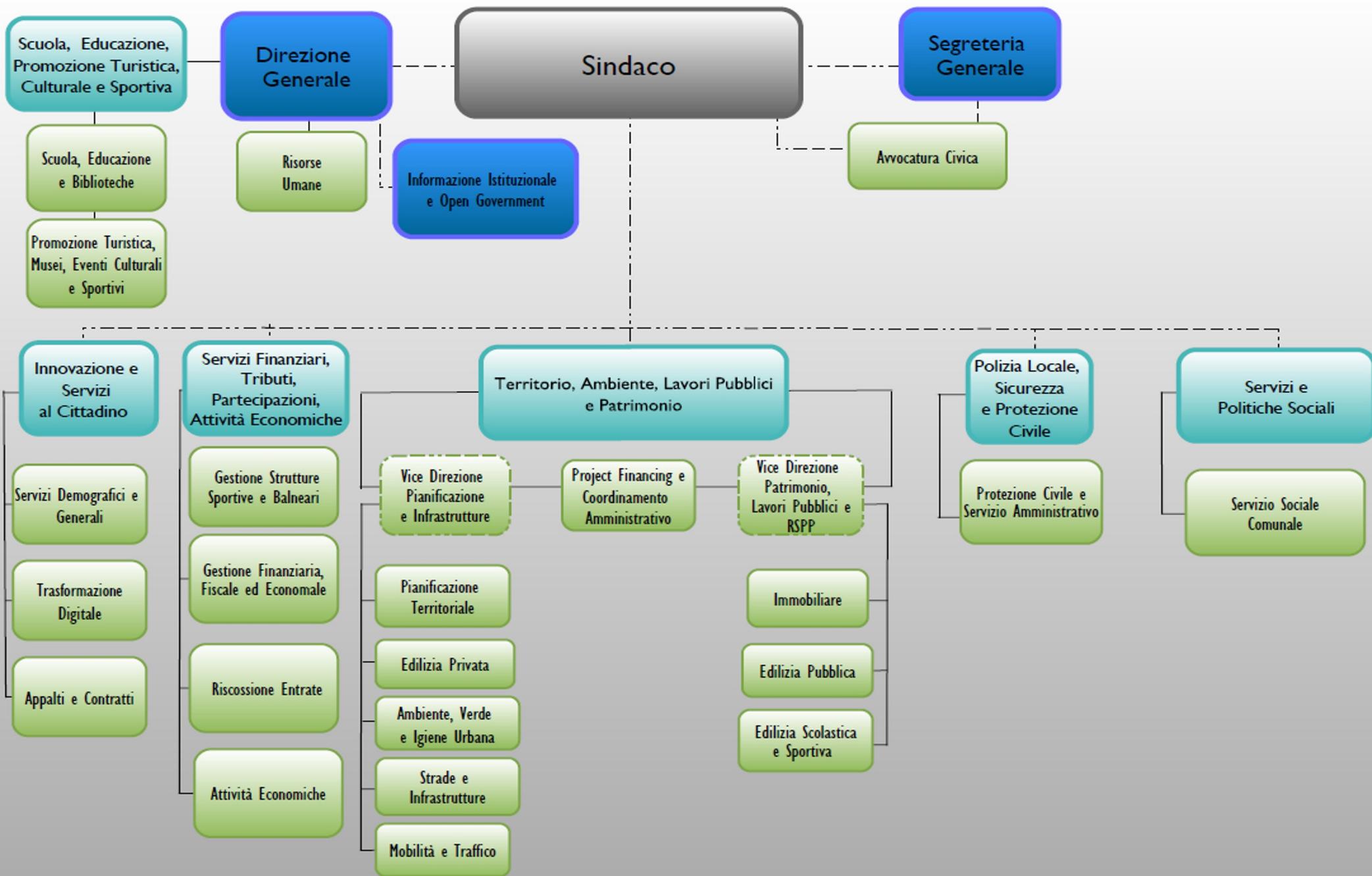
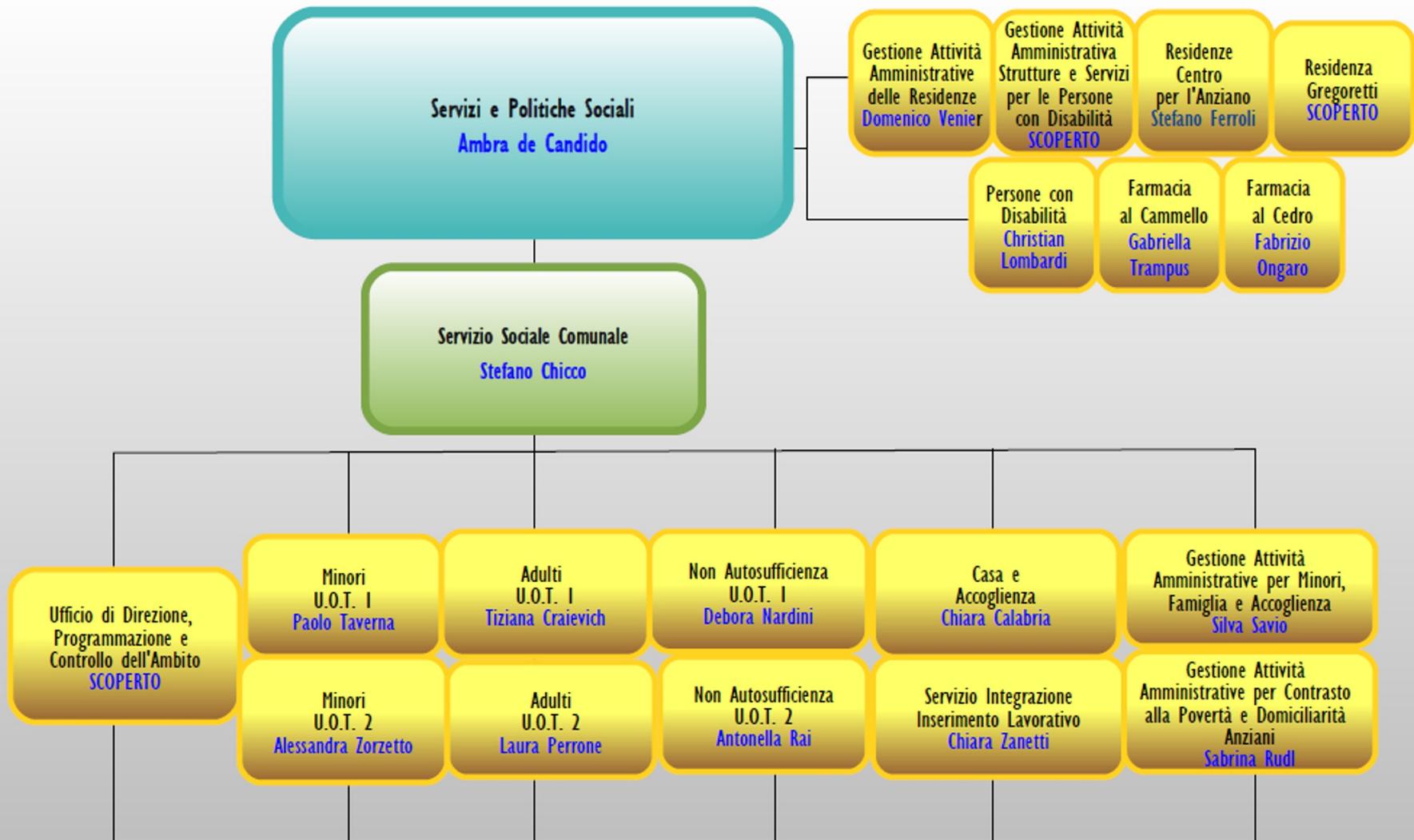


L'ASSISTENTE
SOCIALE DELL'AREA
ANZIANI "NON
AUTOSUFFICIENZA"

ORGANIGRAMMA COMUNE DI TRIESTE



ORGANIGRAMMA DIPARTIMENTO SERVIZI E POLITICHE SOCIALI



LEGGE 8 novembre 2000, n. 328

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

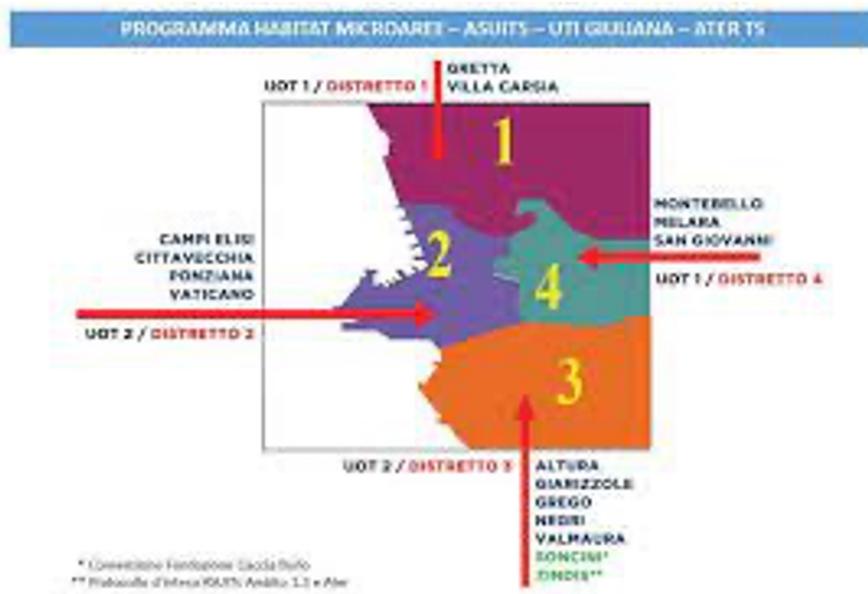
Questa legge assicura alle persone e alle famiglie un insieme di servizi sociali in grado di garantire una migliore qualità della vita cercando di prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio, derivanti dall'insufficienza del reddito, dalle difficoltà sociali e di non autonomia.

Delinea le azioni di intervento nei servizi sociali, ricercando il benessere, promuovendo autonomia e solidarietà, attraverso l'offerta e il coordinamento di servizi, risorse e prestazioni. La legge individua le competenze del privato, della comunità locale e della cittadinanza attiva. Il sistema delineato dalla normativa va a mutare la concezione degli interventi rispetto a quanto avveniva in passato, passando da una nozione di assistenza, intesa come luogo di bisogni, ad una accezione di protezione sociale attiva, intesa come luogo di esercizio della cittadinanza.

Carta dei Servizi Sociali (L.328/2000 art. 13)

La Carta dei Servizi è il documento con il quale ogni Ente erogatore di servizi assume una serie di impegni nei confronti della propria utenza riguardo i propri servizi, le modalità di erogazione di questi servizi, gli standard di qualità e informa l'utente sulle modalità di tutela previste. E' la formalizzazione di un "patto con i cittadini" sulla qualità dei servizi erogati dall'Amministrazione Comunale che, di fronte ad un cittadino che richiede una prestazione, impegna gli uffici comunali preposti a rispettare le modalità e i tempi indicati nel documento.

SERVIZIO SOCIALE COMUNALE DI TRIESTE



.UNITA' OPERATIVA
TERRITORIALE U.O.T. 1

-Unità Territoriale Sociale
U.T.S. 1 e 3

.UNITA' OPERATIVA
TERRITORIALE U.O.T. 2

- Unità Territoriale
Sociale U.T.S. 2 e 4

FUNZIONIGRAMMA AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENZA U.O.T. 1

FUNZIONE	CONTENUTO DELLA FUNZIONE
Integrazione socio sanitaria	<ul style="list-style-type: none">- Programmazione e progettazione operativa dell'attività integrata socio-sanitaria- Attuazione protocolli
Interventi di contrasto al disagio abitativo	Sgombero, disinfestazioni e pulizia alloggi privati
Unità di progetto	Progetti Piano di Zona

FUNZIONIGRAMMA AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENZA U.O.T. 1

FUNZIONE	CONTENUTO DELLA FUNZIONE
Interventi e servizi di sostegno all'autonomia (anziani)	<ul style="list-style-type: none">- Assistenza tutelare diretta e indiretta rivolta agli anziani (servizio domiciliare, pasti, pulizie, manutenzione alloggi) temporanea, urgente e in continuità, integrata con servizi azienda sanitaria- Semiresidenzialità anziani - Centri diurni e centri di aggregazione- Soggiorni, attività ricreative (feste, teatro, etc.)- FAP - valutazione tecnico-professionale

UNITA' OPERATIVA TERRITORIALE – “NON AUTOSUFFICIENZA “ ANZIANI

- 1 RESPONSABILE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA NON AUTOSUFFICIENZA PER U.O.T.
- ASSISTENTI SOCIALI
- ASSISTENTI DOMICILIARI
- IMPIEGATI AMMINISTRATIVI

DESTINATARI

PERSONE OVER 65

- .difficoltà prevalentemente legate all'autosufficienza
- .in condizioni di marginalità
- .a rischio di perdita dell'autonomia (attività di prevenzione: socializzazione, inclusione ecc.)

ACCESSO

- PUNTO UNICO INTEGRATO
- SEGNALAZIONE DA PARTE DI SOGGETTI ISTITUZIONALI (Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco, Asugi, amministratori di condominio, vicini casa ecc.)

PUNTO UNICO INTEGRATO

- PUNTO DI RIFERIMENTO UNICO PER I CITTADINI
- RIVOLTO AI DIRETTI INTERESSATI O ALLE PERSONE DI RIFERIMENTO
- TARGET: ULTRASESSANTACINQUENNI
- TEMA: AUTONOMIA PERSONALE

CARATTERISTICHE DEL P.U.I

- INTEGRAZIONE: sempre presente un assistente sociale comunale e un infermiere del Distretto Sanitario
- SGUARDO CONGIUNTO
- INFORMAZIONI su questioni sociali, sanitarie, risorse istituzionali e non istituzionali
- PRIMA VALUTAZIONE E DECODIFICA DEL BISOGNO sociale e sanitaria

CARATTERISTICHE DEL P.U.I

- .POSSIBILITA' DI CONNESSIONE IN TEMPO REALE CON I SERVIZI SOCIALI E SANITARI
- .ORIENTAMENTO, CONSULENZA, AVVIO ALLA PRESA IN CARICO INTEGRATA, SOCIALE O SANITARIA
- .EVITARE LA MOLTEPLICITA' DEI PUNTI DI ACCESSO /INFORMATIVI NEL RISPETTO DEI CITTADINI

ESITI ACCESSO P.U.I.

- INFORMAZIONI
- INVIO AD ALTRE RISORSE TERRITORIALI
- PRESA IN CARICO SOCIALE
- PRESA IN CARICO SANITARIA
- PRESA IN CARICO INTEGRATA – INVIO ALL'UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

SEGNALAZIONI DA PARTE DI SOGGETTI ISTITUZIONALI

.SITUAZIONI DI DEGRADO IGIENICO –
SANITARIO

.SEGNALAZIONI DA SERVIZI SANITARI
(OSPEDALE – CONTINUITA'
ASSISTENZIALE); SERVIZI DI SECONDO
LIVELLO

.SEGNALAZIONI DA PARTE DELLE FORZE
DELL'ORDINE

VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO

- ALLA SEGNALAZIONE DA PARTE DEL P.U.I. O DEI SOGGETTI TERZI, SEGUE LA VALUTAZIONE
- CRITERIO TERRITORIALE, DISTRIBUZIONE COMPETENZA SULLA PRESA IN CARICO PER TERRITORIO
- L'ASSISTENTE SOCIALE E' REFERENTE UNICO PER IL SERVIZIO SOCIALE

VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO

- .NON AUTOSUFFICIENZA: presa in carico integrata con l'ASUGI (protocollo)
- .PARZIALE AUTOSUFFICIENZA: può prevedere interventi integrati con soggetti territoriali (interventi di promozione previsti dai protocolli con soggetti del terzo settore)
- .AUTOSUFFICIENZA con problemi abitativi o reddituali: accesso con iter previsto per persone adulte (Sportello d'Accesso ai Servizi Sociali)

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE U.V.D.

- STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE INTEGRATO
- VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE
- FINALITA': PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO P.A.I.
- CHIAREZZA DI OBIETTIVI (BREVE, MEDIO, LUNGO PERIODO)

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE U.V.D.

CHI CONCORRE AL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO?

.PERSONA

.FAMIGLIA/PERSONE SIGNIFICATIVE/A.D.S.

.SOGGETTI ISTITUZIONALI

.SOGGETTI NON ISTITUZIONALI E
INFORMALI

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE U.V.D.

IL FOCUS E' LA PERSONA, I SUOI
BISOGNI, LE SUE ASPETTATIVE E LA SUA
AUTODETERMINAZIONE

Se la persona, a causa problemi di salute, non
può essere protagonista del proprio progetto,
i Servizi promuovono il ricorso per la nomina
dell'Amministratore di Sostegno

TIPOLOGIE DI SITUAZIONI CHE NECESSITANO DI UN INTERVENTO TEMPESTIVO

EVENTI CRITICI NON PREVEDIBILI CON
SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
TEMPORANEA (es. fratture, assenza improvvisa
del caregiver ecc.) → valutazione integrata di
un **PRONTO INTERVENTO DOMICILIARE**
P.I.D. = INTERVENTO URGENTE CON
CARATTERE DI TEMPORANEITA' (ripristino
condizioni preevento entro 90 giorni)

TIPOLOGIE DI SITUAZIONI CHE NECESSITANO DI UN INTERVENTO TEMPESTIVO

SEGNALAZIONI PERSONE IN STATO DI
ABBANDONO CON RISCHIO IGIENICO –
SANITARIO → valutazione di interventi

DEGRADO ABITATIVO:

- .PULIZIE
- .BONIFICA E IGIENIZZAZIONE
- .SGOMBERO
- .MANUTENZIONE

TIPOLOGIE DI SITUAZIONI CHE NECESSITANO DI UN INTERVENTO TEMPESTIVO

PERSONE A RISCHIO CIRCONVENZIONE
– MALTRATTAMENTO → valutazione per:

**.SEGNALAZIONE ALL'AUTORITA'
GIUDIZIARIA**

**.RICORSO PER NOMINA
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'

Target: persone anziane non autosufficienti o parzialmente autosufficienti con necessità di supporto, tramite servizi o trasferimenti economici, per la predisposizione di un piano assistenziale domiciliare che può prevedere, a seguito di una valutazione integrata, gli interventi di:

.FONDO PER L'AUTONOMIA POSSIBILE F.A.P.

.ASSISTENZA DOMICILIARE

La possibilità di permanenza a domicilio presuppone la capacità di autodeterminarsi o la presenza di una rete di supporto sufficientemente presente e efficace.

NECESSITA' DI TUTELA IN CONTESTO RESIDENZIALE

PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI PER
LE QUALI NON CI SONO LE CONDIZIONI PER UN
PROGRAMMA DI ASSISTENZA A DOMICILIO a
causa:

- mancanza di risorse economiche/abitative e di figure di supporto
- non autosufficienza grave
- scelta personale

STRUTTURE COMUNALI

STRUTTURE PRIVATE – INTEGRAZIONE RETTA DI RICOVERO

PREVENZIONE

Target: persone autonome o parzialmente in condizione di solitudine, senza rete familiare e sociale, con bisogno di socializzazione e a rischio di peggioramento delle condizioni di salute

INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

.Attività motoria

.Rete della socialità

.Centri diurni/centri di aggregazione

.Habitat/Microaree

NUOVE FORME DI DOMICILIARITA'

- .DOMICILIARITA' INNOVATIVA
- .ABITARE POSSIBILE

L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (L.06/2004)

Può essere uno dei soggetti che contribuisce alla realizzazione del P.A.I., quando sussiste la mancanza della capacità della persona di essere protagonista del proprio progetto di vita e di provvedere ai propri interessi

Nella pratica operativa:

- .Necessità di risolvere problemi urgenti (evento critico improvviso; repentina e radicale modifica delle condizioni di vita);
- .Necessità di pianificare il progetto di vita sul medio – lungo periodo.

ITER PER IL RICORSO ALL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

1)CONDIVISIONE INTEGRATA DELLA VALUTAZIONE, PREFIGURAZIONE DI PROGETTO IN UNITA' DI VALUTAZIONE DISTRETTUALE.

2)Possibili criticità in questa fase:

.Scarsa chiarezza di ruoli e compiti nel programma assistenziale;

.Rischio dell'interventismo: fornire la risposta più immediata di fronte alla situazione problematica;

.Percezione di reciproca "delega" da parte dei soggetti facenti parte della rete di cura.

ITER PER IL RICORSO ALL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

2) COINVOLGIMENTO DELLA PERSONA, DELLA FAMIGLIA E DELLA RETE DI CURA, CONDIVISIONE OBIETTIVI E DEL CONSENSO

Possibili criticità in questa fase:

• Intervento dei Servizi vs Autodeterminazione

- condizioni di vita precarie (igiene, condizioni alloggio, stile di vita);
- utilizzo improprio delle risorse economiche;
- rifiuto dei supporti istituzionali e non;
- volontà di rimanere a casa nonostante i rischi (cadute, assunzione terapia);

• Mancanza di fiducia da parte del futuro amministrato

ITER PER IL RICORSO ALL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

3) PREDISPOSIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DA INVIARE AL TRIBUNALE ORDINARIO – SEZIONE VOLONTARIA GIURISDIZIONE. LA RELAZIONE SOCIALE DEVE CONTENERE LA DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE, L'EVIDENZA DEGLI ELEMENTI OGGETTIVI, LA DESCRIZIONE DELLE CRITICITA' DA SUPERARE CHE MOTIVANO IL RICORSO, LA PROPOSTA DEL PROGETTO DI VITA E POSSIBILE RUOLO DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

4) UDIENZA (se convocati, i professionisti titolari della presa in carico aggiornano il Giudice su eventuali fatti significativi, accaduti anche tra la presentazione del ricorso e l'udienza)

5) NOMINA AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO: inclusione dell'ADS nella rete di cura, costruzione del nuovo progetto.

GRAZIE PER L'ASCOLTO



Lavori di gruppo

VALUTATE LA SITUAZIONE FAMILIARE ESPOSTA E FATE UNA PICCOLA MAPPATURA DEI SERVIZI CHE POTREBBERO ESSERE ATTIVATI (IN BASE ALLE VOSTRE CONOSCENZE), SIA SOCIALI CHE SANITARI.

SIGNORA DI 80 ANNI, SEGNALATA AL SERVIZIO SOCIALE DAL PERSONALE INFERMIERISTICO PER PROBLEMATICHE SANITARIE, A SEGUITO DI RICOVERO OSPEDALIERO.

CONVIVE CON IL FIGLIO ADULTO DI 60 ANNI CON PROBLEMATICHE DI AUTISMO GRAVE.

VIVONO IN UN ALLOGGIO IN AFFITTO.

NELLA RETE FAMILIARE C'E' UNA FIGLIA, SPOSATA, CHE LAVORA.

Lavori di gruppo

Caso signora 80 anni (GRUPPO 1)

Possibili Servizi da attivare

- . Assistenza domiciliare da integrare a eventuale assistente familiare
- . Coinvolgimento della figlia nella stesura del progetto di aiuto
- . Figlia come possibile figura ADS
- . Visita domiciliare integrata
- . Attivare servizi per la disabilità per il figlio per far frequentare un possibile centro diurno

Lavori di gruppo

Caso signora 80 anni (GRUPPO 2)

Possibili Servizi da attivare

- . Figlia possibile risorsa anche possibile ADS
- . L'anziana frattura gamba gestibile, anche ads del figlio;
- . Indagare situazione economica
- . Conoscenza della rete di prossimità (vicini di casa)
- . Attivazione assistente familiare/signora pulizie

Lavori di gruppo

VALUTATE LA SITUAZIONE FAMILIARE ESPOSTA E FATE UNA PICCOLA MAPPATURA DEI SERVIZI CHE POTREBBERO ESSERE ATTIVATI (IN BASE ALLE VOSTRE CONOSCENZE), SIA SOCIALI CHE SANITARI.

SIGNORA DI 75 ANNI, SEGNALATA AL SERVIZIO SOCIALE DA UN AMICO DI FAMIGLIA CHE NON RIESCE AD ENTRARE IN CASA DELLA STESSA.

C'E' UN FIGLIO CHE, VIENE RIFERITO, HA UNA DISABILITA' PSICHIATRICA E NON CONVIVE CON LA MAMMA.

ALLA VISITA DOMICILIARE LA CASA SI PRESENTA IN GRAVI CONDIZIONI IGIENICO-SANITARIE, ACCUMULO IMPORTANTE DI OGGETTISTICA E LA SIGNORA NON RIESCE A MUOVERSI PER DIFFICOLTA' DEAMBULATORIE.

Lavori di gruppo

Caso signora 75 anni (GRUPPO 3)

Possibili Servizi da attivare

- . La signora anziana voglia restare a domicilio e quindi sanificazione ambientale con temporanea collocazione in rsa (progetto condiviso con la signora)
- . Eliminazione delle barriere architettoniche
- . Attivazione pasti a domicilio
- . Attivazione televita e ADS (supporto per pratiche/commissioni amministrative).
- . Non coinvolgimento del figlio psichiatrico (non conoscendo la gravità).

Se non vuole rientrare a casa inserimento in casa di riposo

Lavori di gruppo

Caso signora 75 anni (GRUPPO 4)

Possibili Servizi da attivare

- . Prima ipotesi → le difficoltà deambulatorie temporanee:
- . Collaborazione con Azienda sanitaria e attivazione contributi di sostegno per aiuto in casa
- . Attivazione ricorso ADS
- . Colloquio con la signora per accumulo
- . Coinvolgimento rete amicale per supportarla nella socializzazione;
- . Coinvolgimento del figlio per visite con la madre
- . Inserimento in Centro diurno per mantenere attività cognitiva e socializzante
- . Sgombero e igienizzazione casa.
- . Seconda ipotesi → non autosufficienza.
- . Attivazione assistente familiare/accoglienza in struttura;
- . Attivazione rete amicale
- . Rapporti con il figlio in base alla situazione.