

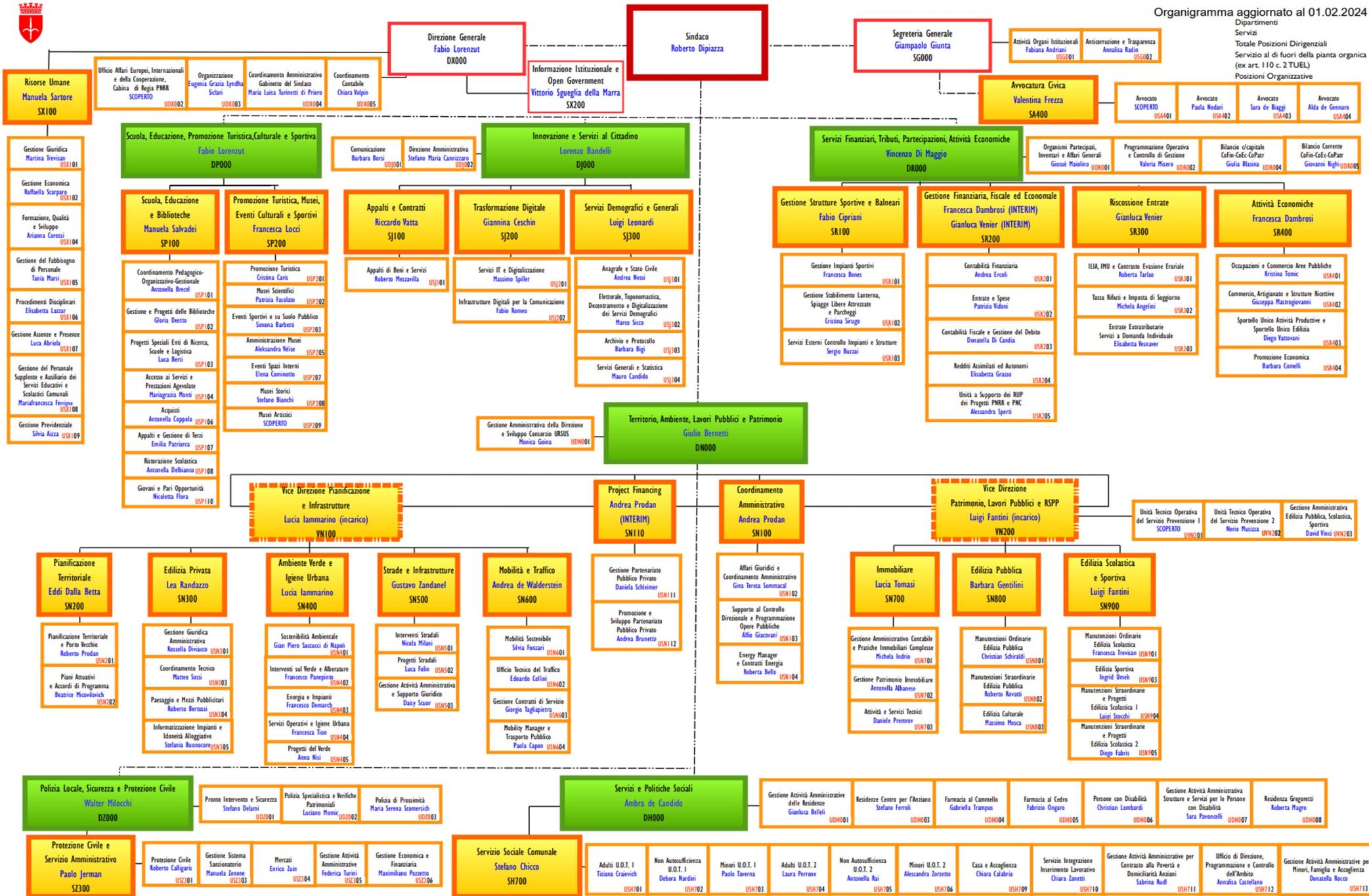
**L'ASSISTENTE  
SOCIALE  
DELL'AREA ANZIANI  
“NON  
AUTOSUFFICIENZA”**

# ORGANIGRAMMA COMUNE DI TRIESTE

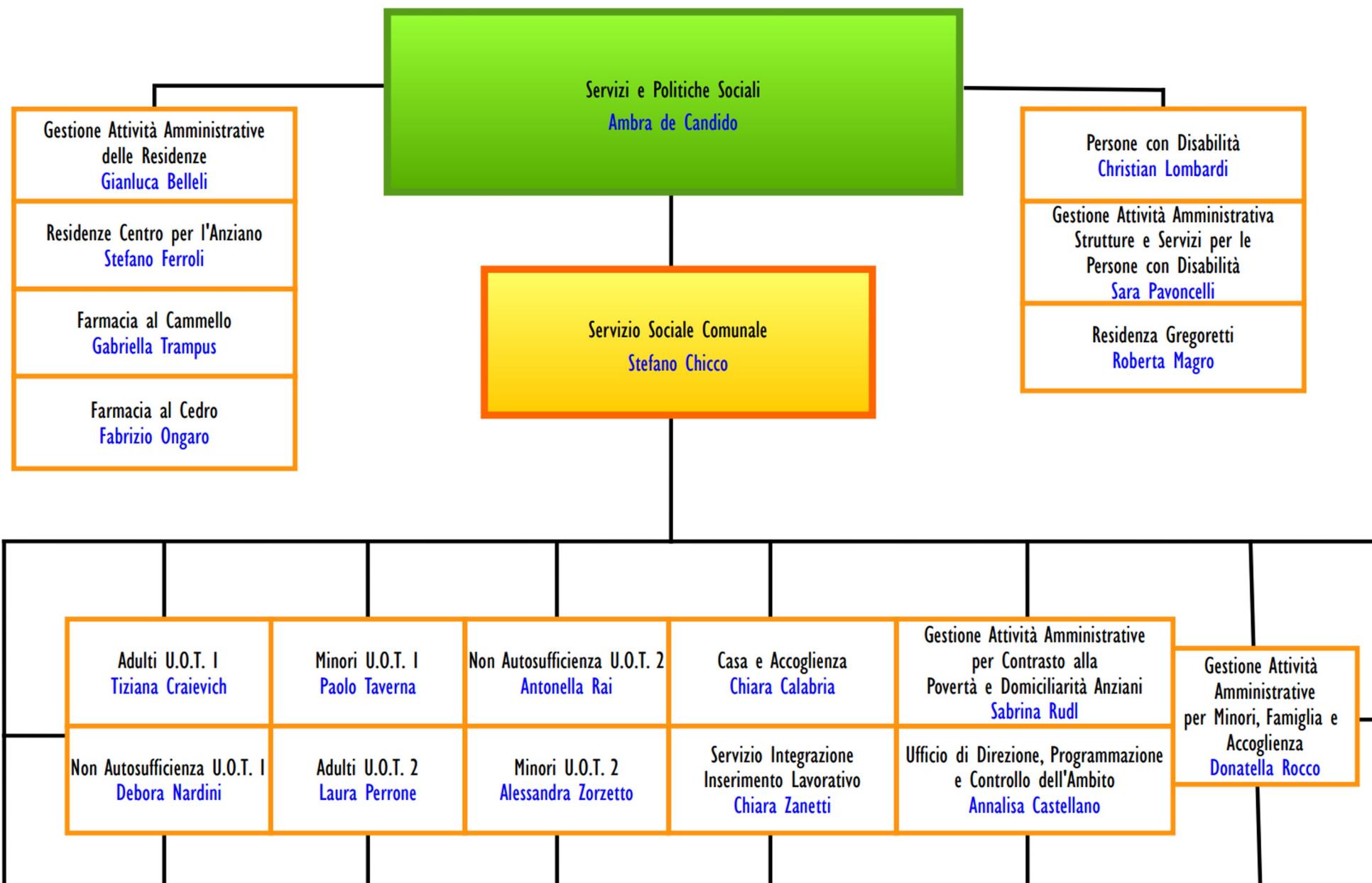
Organigramma aggiornato al 01.02.2024

Dipartimenti  
Servizi  
Totale Posizioni Dirigenziali  
Servizio al di fuori della pianta organica  
(ex art. 110 c. 2 TUEL)  
Posizioni Organizzative

6  
23  
29  
1  
124



# ORGANIGRAMMA DIPARTIMENTO SERVIZI



# LEGGE 8 novembre 2000, n. 328

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

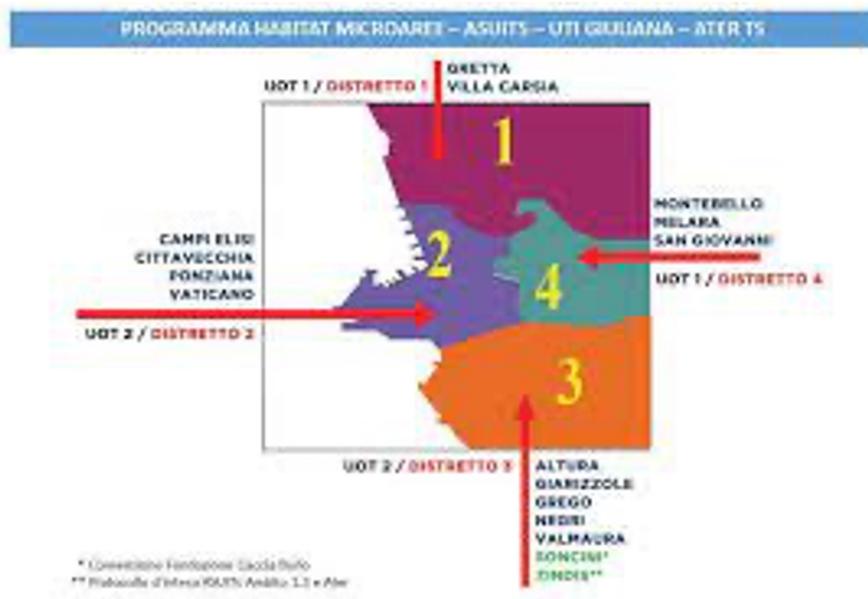
Questa legge assicura alle persone e alle famiglie un **insieme di servizi sociali** in grado di garantire una migliore **qualità della vita** cercando di **prevenire, eliminare o ridurre** le condizioni di **bisogno e di disagio**, derivanti dall'insufficienza del reddito, dalle difficoltà sociali e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



UNA VOLTA

**.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

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

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

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

# INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E PROTOCOLLI OPERATIVI

A Trieste il processo dell'integrazione sociosanitaria prende avvio concretamente già dagli anni Novanta e si struttura con:

- Istituzione dei Distretti Sanitari – territorialità (prima L.833/1978 poi L. 502/1992)
- Presa in carico sociale e sanitaria da parte degli operatori operanti sullo stesso territorio - continuità

# INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E PROTOCOLLI OPERATIVI

- Programma Habitat Microaree dal 1998  
(Comune, ASUGI e Ater)
- Piani di Zona e costruzione Protocolli presa in carico integrata Comune e Asugi dal 2010 (Minori, Adulti, Anziani e Disabili)
- Punto Unico Integrato Anziani

# INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA: NORMATIVA REGIONALE ATTUALE NON AUTOSUFFICIENZA

## NORMATIVA TRASVERSALE

•L.R. 6/2006: “Sistema Integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale” – risposte omogenee sul territorio Fvg, vita autonoma e permanenza a domicilio

•L. 22/2019: “ Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria” – personalizzazione interventi in forma integrata in ottica preventiva, di una governance multilivello e di un’innovazione dei servizi in chiave generativa e relazionale

# INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA: NORMATIVA REGIONALE IN TEMA DI ANZIANI

•L.R. 10/1998 “Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane”- sistema articolato su 3 livelli di intervento: domiciliare, semiresidenziale e residenziale

•Art. 41 l.r.6/2006: Fondo per L'Autonomia Possibile (decreti Pres.Reg. Attuazione 7/2015 poi 1915/2023)

# INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA: VERSO DOVE STIAMO ANDANDO?

- 1) Accesso all'assistenza sociosanitaria: punti unici d'accesso
- 2) Valutazione multidimensionale
- 3) Equipe multiprofessionali
- 4) Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)

# INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA: VERSO DOVE STIAMO ANDANDO?

Vengono stabiliti nei:

•LEA: DPCM 12/01/2017

•LEPS: L. 234/2022

•DM 77/2022: definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

•PNNA Piano nazionale della Non autosufficienza 2022-2024

# 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 (Dipartimento di Prevenzione)
- .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 pre-evento 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 (Protocollo urgente con il Tribunale  
Ordinario – Sezione Volontaria Giurisdizione)**

# 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

# NUOVE FORME DI DOMICILIARITA'

## **PRINCIPI (linee guida DGR 1625 -2019) :**

.Centralità della persona e pianificazione assistenziale individualizzata

.Capacitazione: interventi che siano in grado di incidere sull'ambiente circostante, processo di autorealizzazione del proprio potenziale di sviluppo umano e comprende tutte quelle caratteristiche positive e funzionali che permettono agli individui di vivere in modo responsabile, partecipe e attivo

.Contesti abitativi assimilabili alla propria casa

# NUOVE FORME DI DOMICILIARITA'

## **PRINCIPI (linee guida DGR 1625 -2019) :**

•Valorizzazione del contesto comunitario: coinvolgimento attivo e propositivo delle famiglie e dell'intera comunità, attraverso percorsi partecipativi che stimolino il senso di responsabilità e di solidarietà della cittadinanza

•Utilizzo di modelli gestionali leggeri basati sulla coproduzione: modelli di gestione degli interventi basati sul contributo dei diversi attori coinvolti per attivare processi di coproduzione: nuova cultura che pone al centro la relazione tra utente e professionista, aperta agli apporti delle reti sociali dell'uno e dell'altro), per la produzione di servizi personalizzati e personalizzanti

# NUOVE FORME DI DOMICILIARITA'

## **PRINCIPI (linee guida DGR 1625 -2019) :**

• Integrazione degli attori e delle risorse

• Sostenibilità e creazione di valore aggiunto: Il modello gestionale strutturato in modo da rispondere ai bisogni delle persone fragili con costi inferiori ai modelli assistenziali tradizionali. Le sperimentazioni devono mirare a garantire l'ottimizzazione dei costi mediante l'attivazione delle risorse informali e delle reti comunitarie. Tale impostazione porta alla creazione di valore aggiunto sul piano sociale e in termini di capitale relazionale.

# 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.



**GRAZIE  
PER  
L'ASCOLTO**