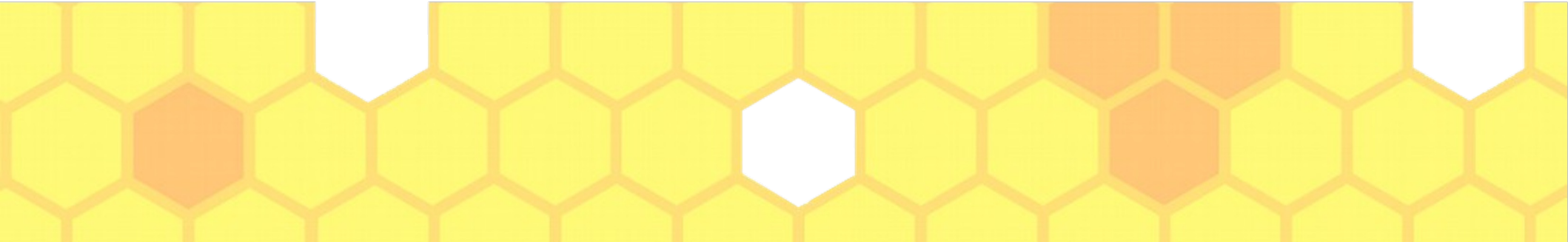


**L'ASSISTENTE
SOCIALE
DELL'AREA ANZIANI
“NON
AUTOSUFFICIENZA”**

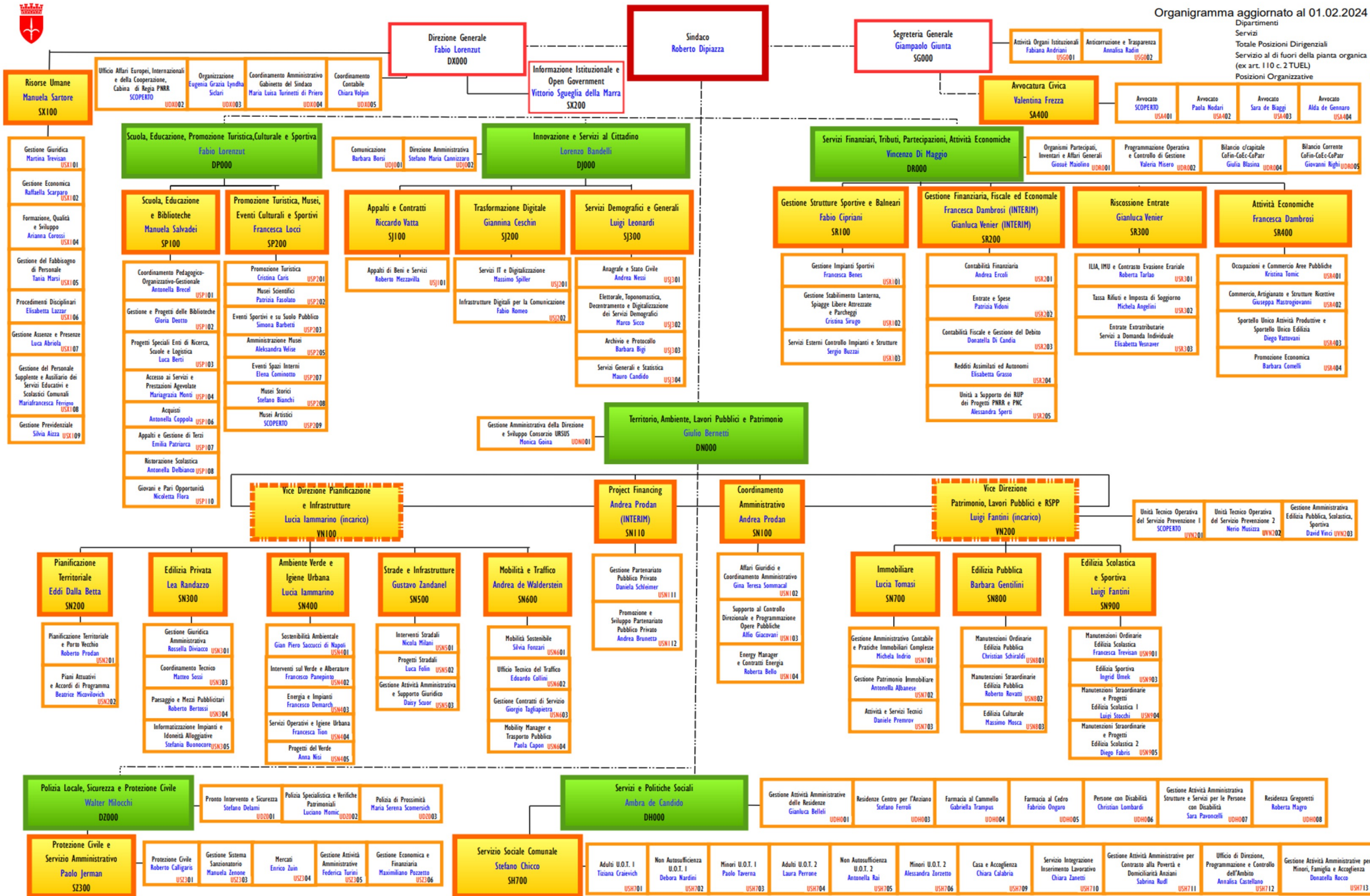


ORGANIGRAMMA COMUNE DI TRIESTE

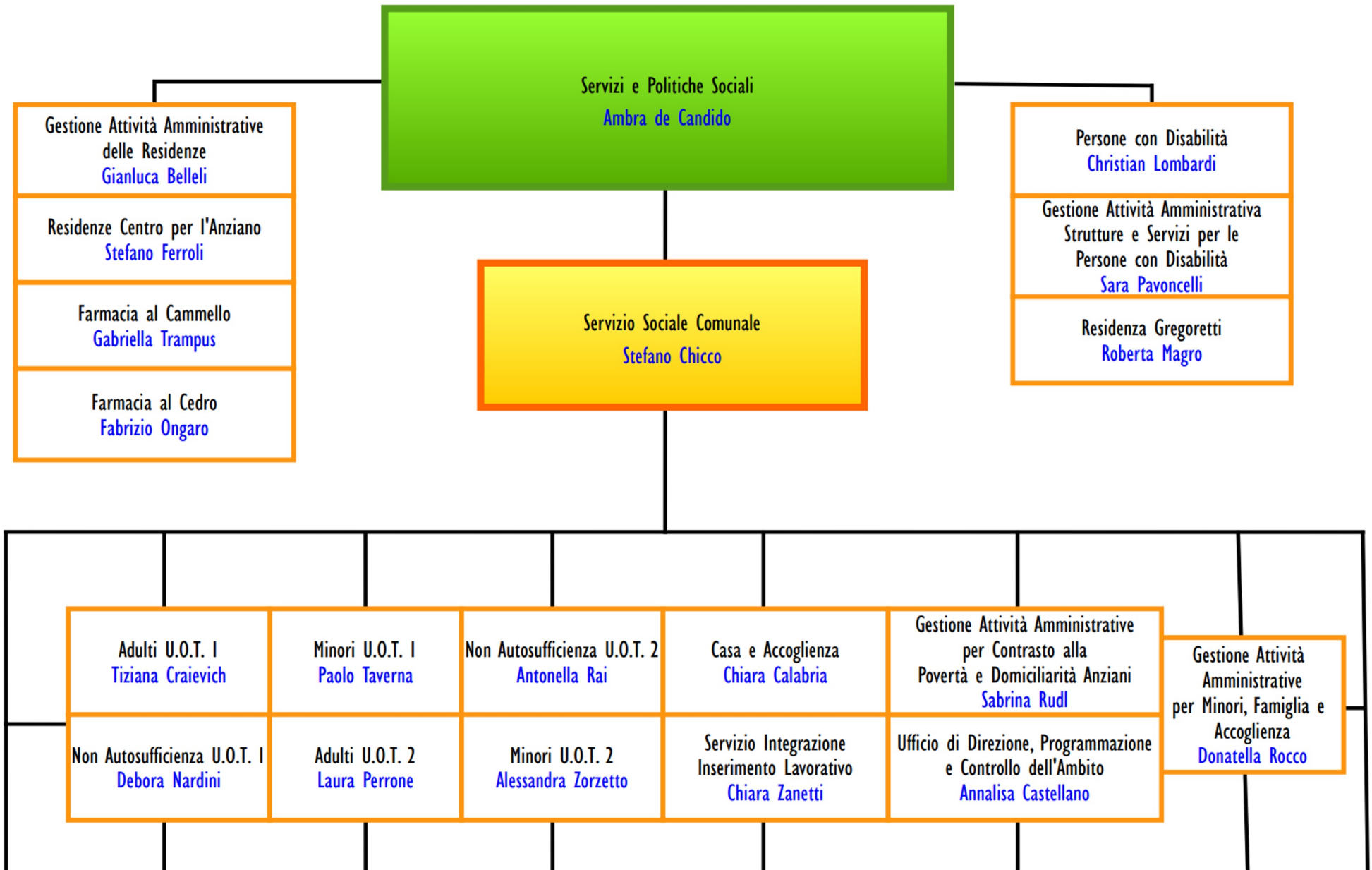
Organigramma aggiornato al 01.02.2024

Dipartimenti
 Servizi
 Totali 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

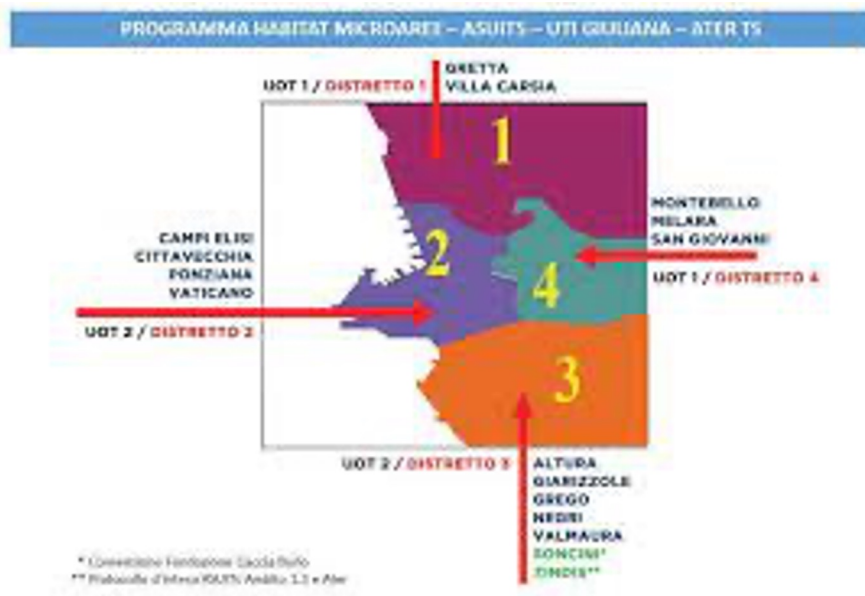
Questa legge assicura alle persone e alle famiglie un **insieme di servizi sociali** in grado di garantire una migliore **qualità della vita** cercando di **prevenire, eliminare o ridurre** le condizioni di **bisogno e di disagio**, derivanti dall'insufficienza del reddito, dalle difficoltà sociali e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

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	PNRR

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

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 SOCIOSANITARIA: 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**