

# INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

A.A. 2024 - 2025  
DOTT.SSA LAURA DE BIASIO

## SIGNIFICATO DI BISOGNO

Con valore generico:

- indica mancanza di qualche cosa

Con accezione più specifica:

- ogni sensazione dolorosa derivante da un'insoddisfazione presente o prevista, accompagnata dalla conoscenza di mezzi atti a diminuire, rimuovere o evitare tale sofferenza, e dal desiderio di procurarseli – *b.individuali* – *b. collettivi* – *b. sociali*

*Vocabolario Treccani*

# I BISOGNI POSSONO ESSERE

ESPRESSI

INESPRESSI

LATENTI

REPRESSI

POTENZIALI

PERSONE FRAGILI ..... Si valutano con....

### VALUTAZIONE FUNZIONALE

- A.D.L. - attività di base della vita quotidiana
- I.A.D.L. - attività strumentali della vita quotidiana -

### VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

- BISOGNI/ Problemi funzionali
- BISOGNI /Problemi psicologici
- BISOGNI / Problemi clinici
- BISOGNI / Problemi sociali
- BISOGNI / Problemi economici

Con un team interdisciplinare

Con scale di valutazione



Con la legge regionale 10/1998 la Regione ha dettato disposizioni intese a favorire il riconoscimento ed il rispetto dei diritti delle persone anziane, attraverso **livelli uniformi di tutela della salute** e la promozione e la valorizzazione del ruolo dell'anziano.

Dette disposizioni sono perseguite anche “mediante la qualificazione delle prestazioni da attuarsi attraverso l'adozione e la diffusione di adeguate metodologie integrate di valutazione e programmazione assistenziale personalizzata, nonché mediante l'utilizzo di modelli operativi favorenti, specie nelle strutture di accoglimento, il processo di umanizzazione delle prestazioni” (articolo 3, comma 1, lettera e).

Con [D.G.R. 1389/2003 e successive](#), è stato, adottato, in via definitiva, il sistema Val.Graf. FVG quale metodo di valutazione multidimensionale a valere su tutto il territorio regionale.

## STRUMENTI DI VALUTAZIONE

### Scheda VAL.GRAF -

*Strumento di valutazione multidimensionale strutturato e standardizzato  
Consente l'identificazione quali-quantitativa dei problemi/bisogni attuali  
Consente l'identificazione delle capacità funzionali residue*

*Lo strumento è stato sottoposto ad un processo di revisione, di verifica di sperimentazione e di validazione di alcuni indicatori di sintesi:*

- *ADL*
- *CPS*
- *DRS*

*Questo ha portato alla versione denominata «Val.graf FVG 2019»*

*Multidimensionale → National Institute of Health (USA)*

*... una valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati e nella quale vengono inquadrati le risorse assistenziali e le potenzialità residue, definito il bisogno di servizi e messo a punto un piano coordinato di cura specifico ed orientato per problemi....*

## **CPS –Cognitive Performance Scale (0 - 6)** **(Scala di valutazione della capacità cognitiva)**

Fonte: Morris JN, Fries BE, Mehr DR et al. MDS Cognitive Performance Scale. Journal of Gerontology 1994; 49(4): M174-182.

La Cognitive Performance Scale è una scala di valutazione della che gradua il deficit cognitivo in 6 livelli:

0	=	Capacità cognitiva intatta, nessun deficit
1	=	Deficit borderline
2	=	Deficit lieve
3	=	Deficit moderato
4	=	Deficit moderatamente grave
5	=	Deficit grave
6	=	Deficit gravissimo

## **DRS – Depression Rating Scale** **(Scala di valutazione della depressione)**

Fonte: Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. Age Ageing 2000 Mar;29(2):165-72.

La Depression Rating Scale è una scala di valutazione della depressione. il suo punteggio varia tra 0 e 14. il punteggio che discrimina è 3, ovvero chi riporta un punteggio  $\geq 3$  viene considerato “depresso o di umore triste” e comunque suscettibile di nuove valutazioni con strumenti più specifici utili ad indagare lo stato depressivo.

## VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE VAL.GRAF. – FVG

D.G.R. FVG 1389/2003

Per adozione del metodo di valutazione su tutto il territorio regionale

La VAL.GRAF. è strumento strutturato e standardizzato per identificare quali-quantitativamente i problemi/bisogni del soggetto esaminato – le sue capacità funzionali residue così da permettere la pianificazione personalizzata

Dal 2003 ci sono stati diversi processi di revisione

Ultima versione è denominata Val.Graf FVG 2019

La giunta regionale n. 92 del 25 gennaio 2019

«Aggiornamento del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf FVG: edizione 2019»

Scheda SLIM EDITION (SE): viene utilizzata per l'inserimento in struttura residenziale e semires.

Scheda RESIDENZIALE (RES): viene utilizzata nelle strutture residenziali

Scheda DOMICILIARE (DOM): viene utilizzata per la presa in carico territoriale

L'algoritmo che determina i profili di bisogno si basa su tre aree principali:

- Capacità funzionali
- Problemi sanitari
- Aspetti cognitivo-comportamentali

Si generano i livelli di intensità di assistenza:

- Nullo
- Lieve
- Moderato
- Grave

IL PROFILO DI BISOGNO è l'output finale della Val.Graf

### PROFILO COMPLESSO:

*Comprende persone che a seguito di patologie acute o cronico degenerative, presentano bisogni complessi a elevatissima rilevanza sanitaria e sociosanitaria, richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali*

#### *Profilo A star*

*Comprende persone che presentano bisogni complessi a elevatissima rilevanza sanitaria e sociosanitaria, richiedenti trattamenti intensivi – essenziali per il supporto alle funzioni vitali*  
*Aiuto totale per le A.D.L e che necessitano monitoraggi clinici pluriquotidiani di tipo specialistico e di trattamenti terapeutici intensivi a supporto delle funzioni vitali*  
*Es. ventilatori invasivi e non, aspiratori delle secrezioni bronchiali, miscele per la nutrizione e l'idratazione artificiali, comunicatori semplici o ad alta tecnologia*  
*Es. gravissime cerebrolesioni secondarie a danno cerebrale – patologie neurologiche e muscolari ad andamento cronico-degenerativo in fase avanzata – miolesioni secondarie a danno del midollo spinale cervicale – malattie cardio-respiratorie in fase avanzata*

## Profilo A

*Comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari a elevata rilevanza associati a bisogni sociosanitari complessi*

*Persone che necessitano di monitoraggi clinici quotidiani e trattamenti continui, qualificati, specialistici e presentano spesso una severa limitazione della capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (A.D.L.)*

*Es. ossigenoterapia a lungo termine, nutrizione enterale, dialisi (emodialisi e dialisi peritoneale), radioterapia e chemioterapia a scopo palliativo, emotrasfusioni periodiche, medicazioni complesse, gestione di stomie, terapie antalgiche complesse con oppioidi maggiori per via parenterale, infusione per via endovenosa di liquidi e/o farmaci*

## Profilo B

*Comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità medio-bassa associati a bisogni sociosanitari di media o alta complessità*

*Es. somministrazione di farmaci per os, per via intramuscolare e/o sottocutanea, ossigeno terapia intermittente, medicazioni semplici, assistenza riabilitativa non specialistica*

## Profilo C

*Comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità lieve associati a moderati bisogni sociosanitari che possono andare incontro a potenziali precipitazioni funzionali, richiedenti una presa in carico tempestiva*

## Profilo E

*Comprende persone che presentano bisogni sociosanitari di grado lieve, nonché bisogni sanitari per lo più lievi od occasionali*

## PROFILO COMPORTAMENTALE - B:

*Comprende persone che presentano rilevanti disturbi del comportamento che complicano malattie mentali o quadri dementigeni (indipendentemente dal grado di deterioramento cognitivo)*

*Per questa tipologia di persone sono auspicabili e raccomandati trattamenti di tipo estensivo finalizzati a controllare i disturbi del comportamento.*

## INFO PERSONALI

G N 2 Responsabilità legale		1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
Persona legalmente responsabile di sé					
Tutore					
Curatore					
Amministratore di sostegno					

## CONDIZIONE ABITATIVA

G N 9 Abitazione: vive		1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
A.	Solo/a				
B.	Coniuge/convivente				
C.	Figlio/a				
D.	Altri familiari/parenti				
E.	Personale di assistenza				
F.	Altra forma di convivenza (comunità/istituto)				
G.	Altro (specificare)				

## RETE DI AIUTI

G N - Persona di riferimento						1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
12	Nome	Cognome	Grado di parentela <sup>1</sup>	Telefono					
1 <sup>a</sup>									
2 <sup>a</sup>									
3 <sup>a</sup>									
4 <sup>a</sup>									

G N - Rete parentale, amicale, vicinato						1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
12a	Grado di parentela, tipo di relazione <sup>1</sup>	Grado di prossimità <sup>2</sup>							
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

<sup>1</sup>GE=Genitore; CO=Coniuge/Convivente; FI=Figlio/a; NG=Nuora/Genero; FS=Fratello/Sorella; NI=Nipote; AL=Altro parente; AM=Amico/a; VI=Vicino/a

# Val.Graf slim

<b>GN -</b>					
<b>12-1</b>	<b>Servizi pubblici (usufruiti nell'ultimo mese)</b>	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>3<sup>a</sup></b>	<b>4<sup>a</sup></b>
<b>1</b>	Servizio Infermieristico Domiciliare				
<b>2</b>	Servizio Riabilitativo Domiciliare				
<b>3</b>	Assistenza Domiciliare Programmata				
<b>4</b>	Servizi Specialistici				
<b>5</b>	Assistenza Domiciliare Integrata				
<b>6</b>	Servizio di Assistenza Domiciliare				
<b>7</b>	Telesoccorso				
<b>8</b>	Centro diurno				
<b>9</b>	Residenza Sanitaria Assistenziale				
<b>10</b>	Altri				
<b>GN -</b>					
<b>12-2</b>	<b>Rete di mercato o volontariato (usufruiti nell'ultimo mese)</b>	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>3<sup>a</sup></b>	<b>4<sup>a</sup></b>
	<b>Inserire il numero nella casella corrispondente</b>				
<b>1</b>	Assistenti familiari conviventi				
<b>2</b>	Assistenti familiari non conviventi				
<b>3</b>	Infermiere				
<b>4</b>	Fisioterapista				
<b>5</b>	Altro personale qualificato a pagamento				
<b>6</b>	Volontari				
<b>7</b>	Altri				



## INTERVENTI SOCIALI E SOCIOSANITARI

SOSTEGNI ECONOMICI ALLA FAMIGLIA ▾

AUTONOMIA E DOMICILIARITÀ ▾

DISABILITÀ ▾

SERVIZI RESIDENZIALI E  
SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI ▾

SERVIZI RESIDENZIALI E  
SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI

► **Accreditamento delle strutture  
residenziali e semiresidenziali per anziani  
non autosufficienti**

SERVIZI RESIDENZIALI E  
SEMIRESIDENZIALI PER MINORI ▾



Servizi residenziali e semiresidenziali per anziani

## ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

### *Regolamento per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani*

Con D.P.Reg. n. 0107/Pres. dd. 18.08.2022 è stato emanato il " *Regolamento per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti in attuazione dell'articolo 64 della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006)*".

### CONTATTI

**Servizio programmazione e sviluppo  
dei servizi sociali e dell'integrazione e  
assistenza sociosanitaria**

**Matteo Dandri**

indirizzo

**TRIESTE - Via Cassa Di Risparmio, 10**

telefono

**0403775544**

## STRUTTURE RESIDENZIALI

Decreto del Presidente della Regione 13 luglio 2015 – n. 0144/Pres. e sue modifiche

*Regolamento di definizione dei requisiti dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani*

*Art. 4*

*Le persone che accedono ai servizi semi residenziali e alle residenze per anziani presentano profili di bisogno correlati all'omogeneo assorbimento di risorse sanitarie e assistenziali*

*I profili sono generati dal sistema di valutazione multidimensionale, di cui alle deliberazioni della Giunta Regionale di attuazione delle disposizioni previste dall'art. 4, comma 2 della legge regionale 10/1998*



In base alla tipologia dei nuclei strutturali, al numero di posti letto complessivi, alle dotazioni tecnologiche, strumentali e di personale, le residenze per anziani sono suddivise nelle seguenti categorie:

- a) residenza per anziani autosufficienti;
- b) residenza per anziani non autosufficienti;
- c) residenza destinata all'accoglimento di personale religioso anziano non autosufficiente

Le residenze sono ulteriormente suddivise nelle seguenti sottocategorie:

- a) residenza per anziani non autosufficienti di livello base;
- b) residenza per anziani non autosufficienti di primo livello;
- c) residenza per anziani non autosufficienti di secondo livello;
- d) residenza per anziani non autosufficienti di terzo livello.

## CLASSIFICAZIONE STRUTTURE RESIDENZIALI

- ❑ Residenze per anziani autosufficienti
- ❑ Residenze per anziani NON AUTOSUFFICIENTI
- ❑ Residenze destinate all'accoglimento di personale religioso anziano non autosufficiente

### Residenze per anziani NON AUTOSUFFICIENTI

- Requisiti comuni di STRUTTURA
- Requisiti specifici di STRUTTURA
- Requisiti di NUCLEO

## REQUISITI COMUNI DI STRUTTURA

1. Utenza e caratteristiche
2. Requisiti strutturali ed edilizi
3. Requisiti tecnologici
4. Requisiti di dotazione strumentale
5. Requisiti organizzativi e gestionali

## REQUISITI SPECIFICI DI STRUTTURA

### REQUISITI SPECIFICI DI STRUTTURA

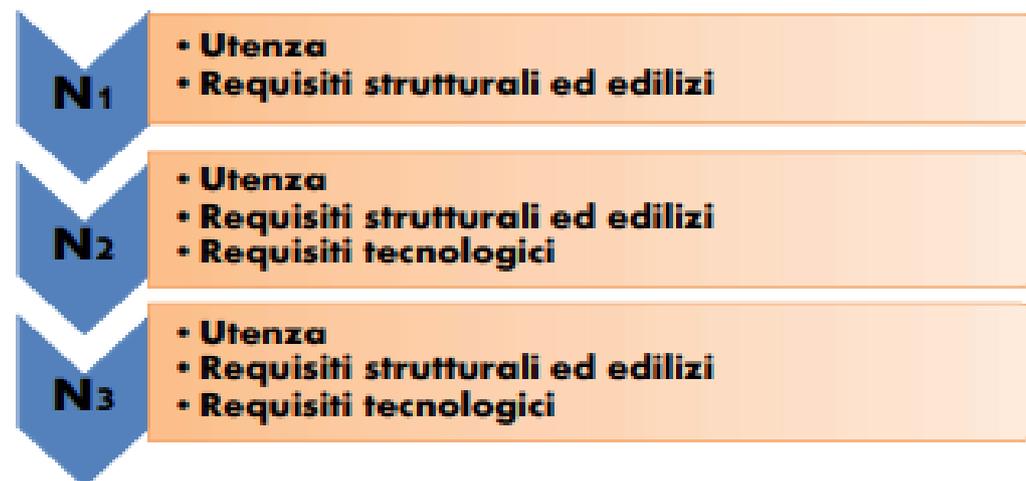


Per nucleo strutturale s'intende un'area di degenza autonoma dotata di specifiche caratteristiche strutturali e di dotazioni strumentali, collocata su uno stesso piano dell'edificio sede dell'attività residenziale

Le residenze già funzionanti o in corso di realizzazione sono articolate nelle seguenti tipologie di nuclei strutturali:

- a) nucleo di tipologia 1 (N1);
- b) nucleo di tipologia 2 (N2);
- c) nucleo di tipologia 3 (N3)

## REQUISITI DI NUCLEO





N1 → caratteristiche strutturali idonee per accogliere ed ospitare persone anziane con minima compromissione funzionale corrisponde al profilo E può essere consentita la permanenza di soggetti con bisogni riconducibili ai profili A star/A/B/C e D entro il 20% del numero totale di posti letto autorizzati per adozione di specifici programmi di assistenza individuale (PAI) concordati tra l'Ente gestore della struttura residenziale e il Distretto Sanitario competente → per persone che presentavano all'accoglimento un profilo E che poi è evoluto

N2 → caratteristiche strutturali idonee per accogliere ed ospitare persone anziane con compromissione funzionale media → profilo C

N3 → caratteristiche strutturali idonee per accogliere ed ospitare persone anziane con compromissione elevata della funzionalità con profili A star/A/B

## ESEMPIO :

## NUCLEO DI TIPOLOGIA 3 N<sub>3</sub>

- RESPONSABILE DEL GOVERNO ASSISTENZIALE → la residenza deve individuare un responsabile del governo assistenziale in possesso di qualifica di infermiere con esperienza almeno triennale, con mansioni direttive o di coordinamento
- PERSONALE DEDICATO ALLE ATTIVITÀ DI ANIMAZIONE → la residenza deve garantire la presenza di operatori dedicati alle attività di animazione per almeno 29,4 minuti alla settimana per posto letto (= almeno 1 operatore ogni 60 posti letto)
- PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA DI BASE ALLA PERSONA → la residenza deve garantire la presenza di operatori addetti all'assistenza di base 24 ore su 24, 7 giorni su 7 = almeno 1 operatore ogni 2,5 posti letto
- PERSONALE INFERMIERISTICO → la residenza deve garantire la presenza di personale infermieristico 24 ore su 24, 7 giorni su 7 = almeno 17 minuti al giorno per posto letto e almeno 1 infermiere ogni 15 posti
- PERSONALE RIABILITATIVO → la residenza deve garantire la presenza di personale riabilitativo nella misura = almeno 35 minuti alla settimana per posto letto = almeno 1 fkt ogni 50 posti letto

## **2.1 RESIDENZE PER ANZIANI DI LIVELLO BASE**

### **2.1.1 UTENZA E CARATTERISTICHE**

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere esclusivamente persone con profili di bisogno C e E.

## **2.2 RESIDENZE PER ANZIANI DI PRIMO LIVELLO**

### **2.2.1 UTENZA E CARATTERISTICHE**

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere esclusivamente persone con profili di bisogno B, comportamentale, C ed E.

## **2.3 RESIDENZE PER ANZIANI DI SECONDO LIVELLO**

### **2.3.1 UTENZA E CARATTERISTICHE**

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere prevalentemente persone con profili di bisogno A, B e comportamentale, ma possono anche accogliere persone con profili C ed E.

## **2.4 RESIDENZE PER ANZIANI DI TERZO LIVELLO**

### **2.4.1 UTENZA E CARATTERISTICHE**

a) Destinatari

Sono destinate ad accogliere prevalentemente persone con profili di bisogno A complesso, A, B e comportamentale, ma possono anche accogliere persone con profili C ed E.

# PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

A sostegno della necessità di promuovere il cambiamento di paradigma di cura, viene incontro il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in particolare nelle seguenti Missioni:

**Missione 5)** Coesione e Inclusione, che ha tra gli obiettivi il rafforzamento del ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità

**Missione 6)** Salute, che prevede tra gli obiettivi di:

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari.
- Sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

# PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Fragilità è una sindrome biologica e clinica caratterizzata da riduzione delle riserve e della resistenza allo stress, provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici, in conseguenza di fattori biologici, psicologici, sociali



# PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

E' un continuum, di una condizione irreversibile e spesso progressiva.

La fragilità può essere individuata secondo un approccio di opportunità dai professionisti sanitari e sociali e, nello specifico:

- dal sistema delle cure primarie;
- dalla medicina specialistica;
- nei contatti con i servizi sociosanitari e sociali;
- attraverso procedure di screening della popolazione fragile in un'ottica di proattività

Le politiche adottate dalla Regione Friuli Venezia Giulia nel corso di questi anni hanno portato alla definizione di un articolato e complesso sistema di servizi e interventi con modalità integrate, dai Comuni, dalle Aziende per l'assistenza sanitaria, dalle Aziende pubbliche di servizi alle persone, con il concorso delle famiglie, del terzo settore e di altri soggetti privati e senza scopo di lucro

# PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Sistema articolato su tre livelli di intervento: domiciliare, semiresidenziale e residenziale



## Servizi domiciliari

- Servizio assistenza domiciliare (SAD)
- Servizio Infermieristico domiciliare (SID)
- Servizio riabilitativo domiciliare (SRD)
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Assistenza domiciliare oncologica (ADO)
- Ospedalizzazione domiciliare
- Telesoccorso
- Assistenti familiari



## Servizi semiresidenziali

- Strutture semiresidenziali per anziani, centri diurni.



## Servizi residenziali

- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
- Strutture residenziali per anziani «autorizzate»
- Hospice
- Strutture di riabilitazione funzionale ex art 26 L.833/78
- Ospedali di Comunità

# PIANO DI FATTIBILITA' PER LA PRESA IN CARICO DELLA POPOLAZIONE FRAGILE DEL FVG

Le schede che seguono sviluppano gli obiettivi, individuando per ogni obiettivo, il razionale, le criticità, le azioni e i risultati attesi

Obiettivo	<b>PROMUOVERE L'INVECCHIAMENTO ATTIVO</b>
	In Friuli Venezia Giulia la legge regionale 14 novembre 2014, n.22 ha avviato un percorso concreto di promozione dell'invecchiamento attivo. Otto sono infatti gli indirizzi strategici: <i>le politiche familiari, la formazione, l'impegno civile, la cultura e il turismo sociale, il trasporto sociale, la salute e benessere, l'accessibilità all'informazione, ai servizi e nuove tecnologie, il completamento dell'attività lavorativa.</i>
Obiettivo	<b>MAPPARE LA FRAGILITA' E PROMUOVERE LA MEDICINA DI INIZIATIVA</b>
	Conoscere la popolazione fragile dei nostri territori è necessario per: <ul style="list-style-type: none"><li>- programmare un sistema di interventi di presa in carico;</li><li>- programmare il fabbisogno di risorse professionali ed economiche;</li><li>- valutare gli strumenti di interventi più adatti alle persone in quel territorio e il coinvolgimento di altri attori pubblici, ETS, privati;</li><li>- individuare soluzioni assistenziali sicure (fronteggiamento Covid 19).</li></ul>
Obiettivo	<b>RICONOSCERE LA PERSONA FRAGILE CHE VA SEGUITA E VALUTATA PERIODICAMENTE, ANCHE CON STRUMENTI SPECIFICI E CON IL SUPPORTO DI UN SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO</b>
	Il Riconoscimento della persona fragile, sin dal momento di una prima eventuale ospedalizzazione, è elemento essenziale per individuare i bisogni e definire i supporti necessari al suo accompagnamento da un setting di cura ad un altro (territorio-ospedale-territorio), monitorando nel tempo l'efficacia dei percorsi di accesso, di dimissioni e dimissioni protette (c.d. continuità assistenziale), in un'ottica di coerenza ed adeguatezza della presa in carico.
Obiettivo	<b>RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI</b> 
	La Regione ha da sempre considerato l'integrazione sociosanitaria una strategia fondante del proprio modello di cure territoriali, da perseguire a tutti i livelli del sistema, quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere dei propri cittadini. Le sfide socio-demografiche ed epidemiologiche e la complessità dei fenomeni legati al tema dell'integrazione, richiedono di dare nuovo impulso ad una strategia che, <i>innovando nella continuità</i> , sia effettivamente in grado di garantire il rispetto del diritto di fruizione dei servizi sanitari e sociali secondo criteri di equità di accesso con la certezza della presa in carico e della continuità delle cure e dell'assistenza, evitando i rischi da un lato della medicalizzazione dei disagi e delle fragilità e dall'altro dell'esclusione sociale.

Obiettivo	<p style="text-align: center;"><b>INDIVIDUARE MECCANISMI E STRUMENTI INNOVATIVI PER LA PRESA IN CARICO LEGGERA COINVOLGENDO ANCHE LE RISORSE FORMALI E INFORMALI DEI TERRITORI</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PARTE I - Promuovere la presa in carico leggera attraverso nuove modalità organizzative di enti e servizi e la co -progettazione con enti del terzo settore</b></p>
-----------	--

Razionale	<p>Il tema della presa in carico della persona anziana costituisce da sempre una delle tematiche cardine delle politiche socio-sanitarie e dei sistemi di <i>long-term care</i> (LTC). In particolare, per quanto riguarda la c.d. "presa in carico leggera", sono presenti nel territorio regionale diverse buone prassi gestite da enti del terzo settore in collaborazione con i servizi sociali e sanitari, che offrono interventi individuali e collettivi agli anziani fragili per ridurre l'isolamento e i rischi ad esso connessi, con particolare attenzione alle persone prive di un'adeguata rete familiare. Fino ad ora la formula amministrativa utilizzata per le collaborazioni tra servizi ed enti del terzo settore è stata la convenzione o l'appalto, riducendo molto spesso l'affidamento di servizi in interventi prestazionali e perdendo la capacità di sviluppare un approccio generativo che chiami a una corresponsabilità, rispetto alla cura, tutti gli attori presenti nella comunità, in cui tutti i cittadini si possano riconoscere ed essere riconosciuti, non solo come soggetti portatori di bisogni, ma soprattutto come risorse per la comunità. La metodologia operativa, che guida l'operato dei diversi ruoli e figure che concorrono sia alla gestione del servizio sia allo sviluppo dell'intervento, si basa su alcuni fondamenti imprescindibili: la centralità del cittadino, l'attenzione alla qualità della relazione di cura, l'identificazione degli spazi di co-intervento con i <i>caregiver</i> e/o la comunità. La co-progettazione, che ha trovato un importante riconoscimento normativo nell'art. 55 del Codice del Terzo Settore (D.Lgs 117/2017), si configura come uno strumento potenzialmente capace di innovare sensibilmente anche le forme di rapporto più consolidate; l'ente del terzo settore che si trova coinvolto nell'attuazione e nella co-gestione dei progetti partecipa, non più in termini di mero erogatore di servizi, ma assume un ruolo attivo rischiando risorse proprie e proponendo soluzioni progettuali, all'interno di una co-responsabilità condivisa con la P.A..</p> <p>Nella nostra Regione sono già presenti sperimentazioni con il terzo settore di presa in carico dell'anziano fragile dove si sta sperimentando anche la metodologia del Budget di salute di cui alla DGR 1624/19 e LR 22/19 (budget integrato socio-sanitario). Tra le sperimentazioni in atto per sostenere la domiciliarità con attenzione agli anziani in condizioni "di mezzo", non più in grado di vivere soli in sicurezza, ma non ancora bisognosi del livello di protezione delle Strutture residenziali, sono presenti interventi di <b>Abitare inclusivo</b> (domiciliarità innovativa e abitare possibile).</p> <p>La Regione intende promuovere ulteriori azioni innovative quali il <b>co-housing sociale</b>, attraverso sperimentazioni di esperienze di vita comunitaria e di condivisione delle risorse (anziani che vogliono condividere abitazioni per una vita comunitaria e famiglie che desiderano condividere risposte assistenziali); le sperimentazioni delle cd. "<b>badanti di condominio</b>" coinvolgendo gli stabili Ater e il <b>portierato sociale</b>, che svolge un'importante azione di prevenzione rispetto alle situazioni di disagio sociale conseguenti a solitudine e isolamento.</p>
-----------	---

In linea con le politiche di sostegno alla domiciliarità, tali esperienze rientrano negli interventi volti a sperimentare forme abitative innovative per anziani e persone con disabilità. La finalità principale è quella di ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane e con disabilità, attraverso la realizzazione di soluzioni abitative innovative, sia sul piano strutturale, sia sul piano gestionale e organizzativo, che siano in grado di offrire una reale alternativa alle forme di residenzialità sanitarie "Abitare inclusivo", avviata dalla Regione Friuli Venezia Giulia dal 2005 l'introduzione di un modello innovativo di domiciliarità basato sulla personalizzazione, la co-produzione e il budget di salute.

## Co-housing:

Persone di diversa estrazione, ognuna con il suo percorso di vita, decidono di abitare assieme e condividere spazi e momenti sociali

Es: "Casa Blu" di Trieste

La Casa Blu, un immobile completamente ristrutturato, sito in Via della Scalinata 3 a Trieste, è una proposta residenziale dove la facciata esterna è caratterizzata da ingressi e finestre ad arco al piano terra e da eleganti finestre che si aprono su una facciata di colore blu ai piani superiori.

La Casa Blu a Trieste (tratto da [www.abitareattivo.it](http://www.abitareattivo.it))



## Portierati Sociali ATER

Punti di contatto di Ater attivati nei complessi edilizi a più alta densità abitativa gestiti da Ater.

Il servizio nasce dai Protocolli d'Intesa tra Ater, Asugi e i Comuni di Trieste e Muggia nell'ambito del progetto "Habitat Microaree"

I portierati forniscono supporto ad Ater nella raccolta di segnalazioni e nella risoluzione di diverse problematiche. ad esempio:

- ✓ forniscono informazioni sui servizi e sulle prestazioni dell'Ater e degli enti che aderiscono al protocollo d'intesa "Habitat Microaree"
- ✓ puoi segnalare problemi di natura manutentiva
- ✓ puoi segnalare eventuali criticità abitative
- ✓ prestano un servizio di accompagnamento in particolari situazioni di disagio socio - sanitario-assistenziale
- ✓ forniscono opera di mediazione per la risoluzione di problemi di vicinato



Obiettivo	RIQUALIFICARE E INNOVARE IL SISTEMA RESIDENZIALE
Razionale	<p>Nell'ottica di un'effettiva innovazione dei servizi, l'amministrazione regionale ha avviato, da alcuni anni, un importante processo di riqualificazione della rete dei servizi residenziali per anziani volto a migliorare la capacità di governo, l'appropriatezza, l'equità e la qualità complessiva dell'assistenza. Diverse sono le azioni già intraprese in attuazione di tale processo, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• l'adozione dello strumento Val.Graf. -FVG quale sistema di valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone anziane;</li><li>• l'introduzione di nuovi sistemi informativi per la valutazione del bisogno delle persone anziane (GENeSys) e per la raccolta delle informazioni relative alla gestione dei servizi residenziali (SIRA);</li><li>• la definizione del fabbisogno di residenzialità a livello regionale (DGR 672/2015);</li><li>• l'adozione del D.P.Reg. 144/2015 che ha definito i nuovi requisiti minimi autorizzativi delle residenze per anziani, nonché le procedure per la riclassificazione e il rilascio dei nuovi atti autorizzativi a favore delle strutture già funzionanti.</li></ul> <p>Il processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani, che si è concluso con il rilascio dei nuovi atti autorizzativi, rappresenta solo la prima tappa di un percorso complesso mirante alla riqualificazione dell'offerta che passa anche attraverso la definizione di un sistema di accreditamento finalizzato a garantire servizi di maggior qualità, nonché alla revisione complessiva del sistema di finanziamento della non autosufficienza finalizzata a garantire agli anziani e alle loro famiglie maggior uniformità e equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, in applicazione dei LEA. Una particolare attenzione va posta anche al tema dell'assistenza sanitaria nelle strutture, prevedendo un tavolo regionale per la definizione di linee d'indirizzo. Considerata l'importanza strategica del percorso effettuato, è importante ricondurre il nuovo sistema dell'offerta residenziale alla programmazione locale, anche al fine di identificare nuove funzioni rispondenti ai bisogni territoriali.</p>

# LA RETE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI CHE CONTRIBUISCONO ALLA PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO FRAGILE

<b>DOMICILIARE</b>	<b>SAD Servizio assistenza domiciliare</b>	Erogato dai Servizi Sociali dei Comuni (SSC) - Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione o in condizione di non autosufficienza, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio. Il SAD si caratterizza per una presa in carico generalmente di lungo periodo.	6.465 utenti, rappresentati per l'86,2% da anziani (dati 2018)
	<b>SID Servizio Infermieristico domiciliare</b>	Erogato dal Distretto sanitario	33.460 anziani che rappresentano l'89,7% degli utenti totali del servizio e il 10,6% della popolazione anziana FVG (dati 2018)
	<b>SRD Servizio riabilitativo domiciliare</b>	Erogato dal Distretto sanitario	13.009 anziani pari al 89,6% degli utenti totali del servizio e al 4,1% della popolazione anziana (dati 2018)
	<b>Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)</b>	L'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. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (ad es. cura e igiene della persona, aiuto nella deambulazione, supervisione assunzione terapia farmacologica). Queste ultime sono realizzate dagli operatori dei Servizi sociali dei Comuni.	5.719 utenti con una media di 11,5 accessi a domicilio per utente (dati 2018)

<b>DOMICILIARE</b>	<b>ADI Assistenza domiciliare integrata</b>	<p>Sono cure caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze. Dette cure consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ malati terminali (oncologici e non);</li> <li>➤ malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);</li> </ul>	
	48		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ fasi avanzate e complicate di malattie croniche;</li> <li>➤ pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;</li> <li>➤ pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;</li> <li>➤ pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.</li> </ul> <p>Tra questi per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte il medico di medicina generale.</p> <p>A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al caregiver</p>	

DOMICILIARE	<b>ADO Assistenza domiciliare ospedaliera</b>	Quando l'èquipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera. Tale tipologia assistenziale è infatti erogata attraverso le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative a malati terminali.	
	<b>Ospedalizzazione domiciliare</b>	È un servizio della Regione rivolto alle persone anziane o fragili che desiderano essere seguite e protette restando a casa propria. Personale qualificato, attivo 24 ore su 24, è pronto a intervenire in qualunque situazione di bisogno o di emergenza dell'anziano	
	<b>Telesoccorso</b>	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio. L'accesso al servizio passa attraverso il distretto sanitario anche in collaborazione con il Servizio sociale dei Comuni	3.700 utenti (dati 2018)

SEMIRESIDENZIALE	<p>I <b>servizi semiresidenziali</b> attivi in regione nel 2019 sono <b>37 per un totale di 675 posti</b>, con una spesa complessiva di circa 700.000 euro per l'abbattimento della retta di accoglienza di anziani non autosufficienti. Nell'intento di sostenere il ruolo importante e strategico svolto dai servizi semiresidenziali nelle politiche di contrasto all'istituzionalizzazione, con deliberazione n. 429 del 02 marzo 2018 la Giunta ha stabilito di aumentare la contribuzione regionale finalizzata all'abbattimento della retta nei servizi semiresidenziali destinati all'accoglimento di persone affette da demenza. Il contributo regionale è quindi passato da euro 12,50 o 10,50 al giorno (a seconda che il servizio semiresidenziali sia autonomo o collocato all'interno di una residenza per anziani) a euro 18,00 al giorno, abbattuto del 30% qualora la presenza giornaliera sia inferiore alle 5 ore. A seguito di tale previsione normativa, su 37 servizi semiresidenziali autorizzati all'esercizio, 10 (per un totale di circa 200 posti) sono stati riconosciuti dall'Azienda sanitaria territorialmente competente come "Servizi semiresidenziali destinati all'accoglimento di persone affette da demenza, in quanto in possesso dei requisiti previsti (in particolare, il servizio deve garantire uno standard assistenziale complessivo di almeno 80 minuti al giorno per utente).</p>
------------------	--

<b>RESIDENZIALE</b>	<b>Strutture intermedie</b> (individuate dalla LR 17/2014, art. 23)	<b>Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)</b> svolgono una funzione intermedia fra l'ospedale e i servizi domiciliari e ambulatoriali, destinata alla presa in carico del paziente affetto prevalentemente da malattie croniche, che necessita di assistenza o monitoraggio continui al di fuori dell'ospedale, al fine di assicurare la continuità delle cure qualora non si sia verificato il completo recupero dell'autonomia o non vi siano le condizioni per il trattamento ambulatoriale o domiciliare.	<i>L'offerta di posti letto complessiva nelle strutture intermedie ammonta a <b>883 posti letto pari a 2,8 posti ogni 1000</b> (dati 2018). Le RSA regionali hanno accolto oltre 11.000 persone per circa 278.000 gg di degenza La durata media dei ricoveri è pari a 25 giorni e l'età media degli assistiti è di 80 anni. Oltre il 70% degli ammessi proviene dalla rete ospedaliera mentre dopo un ricovero in RSA il 62% rientra al proprio domicilio e circa il 14% viene accolto in una residenza per anziani non autosufficienti.</i>
		<b>Hospice</b>	
		<b>Strutture di riabilitazione funzionale</b> ex art 26 L.833/78	
		<b>Ospedali di Comunità</b>	
	<b>Residenze per la lunga assistenza</b>		<i>Rete di circa <b>170 strutture con una disponibilità di 10.640 posti letto</b> dei quali circa 9.338 autorizzati per accogliere persone anziane non autosufficienti.</i>



# PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Nell'ambito dei servizi e degli interventi domiciliari si individuano anche le sperimentazioni di "Abitare inclusivo" (Abitare possibile e Domiciliarità innovativa) finalizzate a introdurre forme abitative innovative per anziani in condizione di fragilità. Tali sperimentazioni perseguono la finalità di contribuire a ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane

## FOCUS SU PUNTO UNICO DI ACCESSO

Il PUA è indicato come un potente ed efficace strumento di intervento per il miglioramento dell'accessibilità a tutti i servizi di competenza territoriale e secondo l'Agenzia Sanitaria Nazionale (Agenas)

Le principali aree di intervento si possono sintetizzare in:

- accoglienza, informazione ed orientamento: serve a guidare il cittadino nel primo ascolto alle richieste ed ai bisogni, per guidarlo verso il canale più adeguato alle esigenze;
- definizione del progetto personalizzato;
- accompagnamento: si pone in fase successiva alla prima area e riguarda il cammino che l'operatore fa con la persona, in modo personalizzato. Dopo una prima analisi approfondita del caso, si aiuta il cittadino nella compilazione dei documenti o indirizzandolo verso strutture che erogheranno il servizio ad hoc;

# PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

Nel potenziamento della funzione dei PUA regionali è quindi coerente prevedere:

- maggiore visibilità ai PUA, prevedendo anche collocazioni di prossimità presso luoghi chiave per la popolazione anziana fragile, non necessariamente presso i distretti, ampliandolo ad altri soggetti gestori di servizi alla persona accreditati (ad es. le ASP diffuse territorialmente)
- prevedere una effettiva integrazione tra le risposte ai bisogni sociosanitari e sociali attraverso un accordo formale tra Distretti e SSC per la messa a disposizione di personale multidisciplinare, anche di tipo giuridico-amministrativo, valutando l'opportunità di includere negli Accordi gli Enti gestori, come ad es. le ASP o gli Enti del Terzo Settore

# PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE 2021- 2023

## FOCUS – FABBISOGNO FORMATIVO

Quale intervento a medio-lungo termine vi è **l'aumento del fabbisogno formativo** di infermieri; tale misura, la cui quantificazione richiede specifici approfondimenti per quanto riguarda la determinazione del fabbisogno e la potenzialità formativa degli Atenei, si rende necessaria per rispondere in modo strutturale alla carenza infermieristica attuale e, qualora attuata a partire dall'anno accademico 2021-2022, potrà produrre un incremento effettivo degli abilitati a partire dalla fine dell'anno 2024

Rispetto all'adeguamento formativo degli operatori sanitari si specifica quanto segue:

per gli infermieri laureati, come master specialistico della professione, va predisposto quello di Case Management proprio per i pazienti complessi, affetti da multimorbilità e da elevato rischio di frammentazione delle cure e di accessi e ricoveri inappropriati

## Strutture residenziali per Cure Palliative – Hospice

- fanno parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata a rapida evoluzione e a prognosi infausta e per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto

## RSA

- per pazienti non autosufficienti, a seguito della perdita temporanea dell'autonomia dopo interventi chirurgici e/o traumi che richiedono trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali. Si tratta di interventi di cura complessi ma concentrati nel tempo i cui obiettivi assistenziali sono rivolti alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile

## NUCLEO PER DEMENZE (tipo Alzheimer)

- sono nuclei specializzati per pazienti con demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività. Per i familiari dei pazienti dovranno essere previste attività di sostegno : colloqui individuali – gruppi di auto aiuto e sostegno

## Esempio di stanza presso l'Hospice Pineta del Carso



## Esempi di Nuclei per demenze

- CASA EMMAUS
- CASA BARTOLI
- CASA SERENA
- ITIS

<https://www.youtube.com/watch?v=U0r0mAGdG7o>

<https://www.youtube.com/watch?v=XIzHI3RVR00>

La stanza sensoriale è allestita con:

- impianto luci stanza per cromoterapia
- tubo a bolle
- sfera cromatica
- fascio di fibre ottiche
- proiettore video e impianto stereo
- letto vibroacustico
- diffusore aromaterapia
- nuvola cromatica

# Stanza sensoriale – ITIS Trieste





**CASAEMMAUS**

RESIDENZA PROTETTA PER NON AUTOSUFFICIENTI

**Corso di Formazione (8 ore)**

**LA TERAPIA  
DELLA BAMBOLA  
(DOLL THERAPY)**



## RESIDENZA CASA BARTOLI

Residenza per anziani non autosufficienti di secondo livello ad utenza diversificata

5 nuclei → 1 N1 – 1 N2 – 3 N3 tot. Posti letto 120

## CASA SERENA

Sezione della struttura Residenziale «Centro per l'anziano» (residenza di secondo livello) per persone AUTOSUFFICIENTI e parzialmente autosufficiente

## CASA DI RIPOSO COMUNALE «ANGELO CULOT» GORIZIA

Residenza per anziani non autosufficienti di secondo livello

3 nuclei → N3 da 20 posti letto → tot. Posti letto 60



Azienda sanitaria universitaria  
Giuliano Isontina (ASU GI)

segui su



[News](#) . [Bandi di gara](#) . [Concorsi e avvisi](#) . [Amministrazione trasparente](#) . [Albo aziendale](#)

[NUMERI UTILI](#)

[CONTATTI](#)

[Home](#) [SERVIZI](#) [STRUTTURE](#) [SALUTE E PREVENZIONE](#) [DIDATTICA E FORMAZIONE](#) [AZIENDA](#)

## PRESIDI OSPEDALIERI

[Ospedale di Cattinara - Trieste](#)

[Ospedale Maggiore - Trieste](#)

[Ospedale di Gorizia](#)

[Ospedale di Monfalcone](#)

[Pazienti e Visitatori: informazioni utili](#)

[Accettazione Amministrativa  
Ricoveri Ospedalieri \(Trieste\)](#)

## DIPARTIMENTI

[Dipartimenti Ospedalieri](#)

[Distretti Sanitari](#)

[Dipartimento Assistenza Distrettuale](#)

[Dipartimento Specialistico  
Territoriale](#)

[Area Salute Mentale](#)

[Area Dipendenze](#)

[Dipartimento di Prevenzione](#)

[DAI Servizi per la Sicurezza,  
Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria](#)

[Dipartimenti Funzionali](#)

## ALTRO

[Direzione Generale](#)

[Direzione Sociosanitaria](#)

[Direzione Sanitaria](#)

[Direzione Amministrativa](#)

## VEDI ANCHE

[Microaree SC Distretto Trieste 1](#)

[Microaree SC Distretto Trieste 2](#)

[TUTTI I SERVIZI DALLA A ALLA Z](#)

## Chi siamo

---

**Responsabile**

Dott.ssa Anna Vittoria Ciardullo



## Strutture collegate

---

### Dipartimento di Assistenza Distrettuale

#### Area Giuliana - Dipartimento Assistenza Distrettuale

[↻ SC Distretto Trieste 1](#)

[↻ SC Distretto Trieste 2](#)

[↻ Ambulatorio stomizzati - Area Giuliana](#)

[↻ SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia \(Area Giuliana\)](#)

[↻ SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva](#)

[↻ SC Rete Cure Palliative e Hospice \(Area Giuliana\)](#)

[SERVIZI](#) ▾[STRUTTURE](#) ▾[SALUTE E PREVENZIONE](#) ▾[DIDATTICA E FORMAZIONE](#) ▾[RICERCA E SVILUPPO](#) ▾[AZIENDA](#) ▾

## SC Distretto Trieste 1

Il Distretto è la struttura aziendale a cui è stato assegnato l'incarico di raccordo tra Azienda, Cittadino, Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta e Medico del Servizio di Continuità Assistenziale ("Guardia Medica").

Per il Distretto Trieste 1 il territorio di competenza coincide con le seguenti Circoscrizioni del Comune di Trieste:

[continua a leggere](#) ▾

### Dove siamo



Visualizza la posizione sulla mappa →

Sede di Via Stock



Sede di via Sai 7



Sede di Via della Pietà 2/1



## Strutture collegate

### Area Giuliana

#### SC Distretto Trieste 1

- [📍 Servizi Amministrativi - SC Distretto Trieste 1](#)
- [📍 Unità Assistenziale Tutela Salute Anziani - SC Distretto Trieste 1](#)
- [📍 Microaree - SC Distretto Trieste 1](#)
- [📍 Riabilitazione - SC Distretto Trieste 1](#)

# Microaree - SC Distretto Trieste 1

Sono nate nel 2005 all'interno di un progetto, promosso dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 Triestina assieme al Comune e all'ATER di Trieste, che si sviluppa sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e di alcuni programmi europei. Questo progetto coinvolge altri enti pubblici e privati per intervenire in 5 settori determinanti per la salute: la sanità, l'educazione, l'habitat, il lavoro e la democrazia locale.

[continua a leggere](#) ▾

## Dove siamo

---



[Visualizza la posizione sulla mappa](#) →

Microarea Melara



Microarea Campi Elisi



Microarea Montebello



Microarea Cittavecchia



Microarea San Giovanni



Microarea Ponziana



Microarea Gretta



Microarea Vaticano



## Chi siamo

---

**Responsabile**

Dott.ssa Anna Vittoria Ciardullo



## Strutture collegate

---

### Dipartimento di Assistenza Distrettuale

#### Area Giuliana - Dipartimento Assistenza Distrettuale

[↻ SC Distretto Trieste 1](#)

[↻ SC Distretto Trieste 2](#)

[↻ Ambulatorio stomizzati - Area Giuliana](#)

[↻ SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia \(Area Giuliana\)](#)

[↻ SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva](#)

[↻ SC Rete Cure Palliative e Hospice \(Area Giuliana\)](#)



## SC Distretto Trieste 2

Il Distretto è la struttura aziendale a cui è stato assegnato l'incarico di raccordo tra Azienda, Cittadino, Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta e Medico del Servizio di Continuità Assistenziale ("Guardia Medica").

Per la SC Distretto Trieste 2 il territorio di competenza coincide con il territorio delle seguenti Circoscrizioni del Comune di Trieste:

[continua a leggere](#) ▾

### Dove siamo



[Visualizza la posizione sulla mappa](#) →

Sede di Via Valmaura



Sede di Opicina



Sede di Aurisina



Sede di Via Puccini



Sede di Muggia



## Strutture collegate

### Area Giuliana

#### SC Distretto Trieste 2

- [Servizi Amministrativi - SC Distretto Trieste 2](#)
- [Tutela Salute Adulti e Anziani - SC Distretto Trieste 2](#)
- [Riabilitazione - SC Distretto Trieste 2](#)
- [Microaree - SC Distretto Trieste 2](#)

## Microaree - SC Distretto Trieste 2

Sono nate nel 2005 all'interno di un progetto, promosso dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 Triestina assieme al Comune e all'ATER di Trieste, che si sviluppa sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e di alcuni programmi europei. Questo progetto coinvolge altri enti pubblici e privati per intervenire in 5 settori determinanti per la salute: la sanità, l'educazione, l'habitat, il lavoro e la democrazia locale.

[continua a leggere](#) ▼

### Dove siamo

---



Visualizza la posizione sulla mappa →

Microarea Villa Carsia



Microarea Negri



Microarea Altura



Microarea Soncini - Caccia/Burlo



Microarea Fonderia



Microarea Valmaura



Microarea Giarizzole



Microarea Zindis



Microarea Grego



## Chi siamo

---

**Responsabile**

Dott.ssa Anna Vittoria Ciardullo



## Strutture collegate

---

### Dipartimento di Assistenza Distrettuale

#### **Area Giuliana - Dipartimento Assistenza Distrettuale**

- ④ SC Distretto Trieste 1
- ④ SC Distretto Trieste 2
- ④ Ambulatorio stomizzati - Area Giuliana
- ④ SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia (Area Giuliana)
- ④ SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva
- ④ SC Rete Cure Palliative e Hospice (Area Giuliana)



## SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia (Area Giuliana)

La SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia comprende i Consulteri Familiari, i quali svolgono funzioni di tutela della salute fisica, psichica e sociale della donna, della coppia, della famiglia, dei minori e degli adolescenti garantendo la multidisciplinarietà del gruppo di lavoro.

### Dove siamo



Visualizza la posizione sulla mappa →

Sede di via Stock 2 - Sedež na ulici Stock



Sede di Muggia - Sedež v Miljah



Sede di Via Valmaura - Sedež v Valmauri



Sede di San Dorligo della Valle - Sedež v Dolini



Sede di Aurisina - Sedež v Nabrežini



## Chi siamo

---

**Responsabile**

Dott.ssa Anna Vittoria Ciardullo



## Strutture collegate

---

### Dipartimento di Assistenza Distrettuale

#### Area Giuliana - Dipartimento Assistenza Distrettuale

- ↻ SC Distretto Trieste 1
- ↻ SC Distretto Trieste 2
- ↻ Ambulatorio stomizzati - Area Giuliana
- ↻ SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia (Area Giuliana)
- ↻ SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva
- ↻ SC Rete Cure Palliative e Hospice (Area Giuliana)

## SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva

La SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva ha il mandato di:

- ✔ garantire prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi del neurosviluppo, neuropsicologici e psicopatologici della popolazione in età 0-17 anni nelle diverse linee di espressione psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale;

[continua a leggere](#) ▼

### Dove siamo



[Visualizza la posizione sulla mappa](#) →

Sede Hub SC Disturbi del Neurosviluppo e  
Psicopatologia dell'Età Evolutiva



Bambino e Adolescente - Ulica Vespucci - Slovenska  
služba



Sede Spoke SC Disturbi del Neurosviluppo e  
Psicopatologia dell'età evolutiva



Bambino e Adolescente - Dolina - Slovenska služba



SS Salute Mentale Giovani



Bambino e Adolescente - Ulica Sai - Slovenska služba



Centro Diurno SS Salute Mentale Giovani



Bambino e Adolescente - Naselje Sv.Mavra, Sesljan -  
Slovenska služba



## Chi siamo

---

**Responsabile**

Dott.ssa Anna Vittoria Ciardullo



## Strutture collegate

---

### Dipartimento di Assistenza Distrettuale

#### Area Giuliana - Dipartimento Assistenza Distrettuale

- ↻ SC Distretto Trieste 1
- ↻ SC Distretto Trieste 2
- ↻ Ambulatorio stomizzati - Area Giuliana
- ↻ SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia (Area Giuliana)
- ↻ SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva
- ↻ SC Rete Cure Palliative e Hospice (Area Giuliana)



## SC Rete Cure Palliative e Hospice (Area Giuliana)

“Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell’identificazione precoce, dell’approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali.” (OMS)

Le cure palliative rientrano nell’ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza e sono garantite per legge (Legge 38 del 2010; Conferenza Stato Regioni del 15 luglio 2012)

Le cure palliative si rivolgono principalmente alle persone giunte alla fase terminale di ogni malattia cronica ed evolutiva: malattie oncologiche, neurologiche, respiratorie, cardiologiche, nefrologiche ed altre ancora.

Negli ultimi anni, le cure palliative si rivolgono però sempre più spesso anche alla persona che ancora riceve terapie “attive” specialistiche (ad esempio la chemioterapia e/o la radioterapia) con il fine di migliorarne la qualità di vita, e in alcuni casi di prolungarla. In questo caso sono definite “Cure palliative precoci e/o simultanee”.

Le cure palliative quindi hanno come principali obiettivi:

- ✔ Dare qualità e dignità alla vita fino alla morte, nel rispetto delle proprie convinzioni e dei valori personali, culturali e religiosi, anche nel rispetto della normativa di legge (Legge 219/17)
- ✔ Fermare la vita e considerare la morte come un evento naturale
- ✔ Non accelerare né ritardare la morte
- ✔ Provvedere al sollievo dal dolore e dagli altri sintomi, grazie a evidenze scientifiche e di letteratura
- ✔ Integrare gli aspetti psicologici, sociali e spirituali dell’assistenza
- ✔ Utilizzare un approccio multi-professionale e interdisciplinare per rispondere alle necessità dei pazienti e delle loro famiglie
- ✔ Supportare la famiglia durante la malattia e durante il lutto

Per accedere alla Rete Locale di Cure Palliative, attualmente, è sufficiente una segnalazione con impegnativa per “Visita multidisciplinare in cure palliative” da parte del MMG o del medico Specialista, da inviare all’indirizzo mail [cure.palliative@asugi.sanita.fvg.it](mailto:cure.palliative@asugi.sanita.fvg.it)

## Strutture collegate

---

### Dipartimento di Assistenza Distrettuale

#### **Area Isontina - Dipartimento Assistenza Distrettuale**

- ➔ SC Distretto Alto Isontino
- ➔ SC Distretto Basso Isontino
- ➔ SC Salute della Donna, dell'Età evolutiva e della famiglia (Area Isontina)
- ➔ SC Disturbi del neurosviluppo e Psicopatologia dell'età evolutiva (Area Isontina)
- ➔ SC Rete Cure Palliative e Hospice (Area Isontina)

## Dove siamo

---



Visualizza la posizione sulla mappa →

Distretto Alto Isontino - Sede di Cormons



Ufficio amministrativo Distretto Alto Isontino - Sede di Gorizia



Ufficio amministrativo Distretto Alto Isontino - Sede di Gradisca d'Isonzo



## Strutture collegate

---

### Area Isontina

#### SC Distretto Alto Isontino

- ③ Assistenza specialistica distrettuale - SC Distretto Alto Isontino
- ③ Punto Unico di Accesso distretto Alto Isontino
- ③ Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di Cormons
- ③ Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di Gorizia e Nucleo Gravi Cerebrolesioni Acquisite (NGCA)
- ③ Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) - Distretto Alto Isontino
- ③ Ufficio amministrativo Distretto Alto Isontino
- ③ Ufficio Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale (AFIR) ed assistenza protesica - Distretto Alto Isontino

## Strutture collegate

---

### Dipartimento di Assistenza Distrettuale

#### **Area Isontina - Dipartimento Assistenza Distrettuale**

- ➔ SC Distretto Alto Isontino
- ➔ SC Distretto Basso Isontino
- ➔ SC Salute della Donna, dell'Età evolutiva e della famiglia (Area Isontina)
- ➔ SC Disturbi del neurosviluppo e Psicopatologia dell'età evolutiva (Area Isontina)
- ➔ SC Rete Cure Palliative e Hospice (Area Isontina)

## Dove siamo

---



Visualizza la posizione sulla mappa →

Distretto Basso Isontino - Sede di Grado



Distretto Basso Isontino - Sede di Monfalcone c/o  
Ospedale San Polo



## Strutture collegate

---

### Area Isontina

#### SC Distretto Basso Isontino

- ↻ Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale (AFIR) e Ufficio Assistenza Protesica e Riabilitativa - Distretto Basso Isontino
- ↻ Assistenza Specialistica Distrettuale Distretto Basso Isontino
- ↻ Guardia Medica Turistica - Grado
- ↻ Ufficio della Medicina di Base Distretto Basso Isontino
- ↻ SS Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di Monfalcone
- ↻ Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) - Distretto Basso Isontino
- ↻ Punto Unico di Accesso distretto Basso Isontino

## Strutture collegate

---

### Dipartimento di Assistenza Distrettuale

#### **Area Isontina - Dipartimento Assistenza Distrettuale**

- ➔ SC Distretto Alto Isontino
- ➔ SC Distretto Basso Isontino
- ➔ SC Salute della Donna, dell'Età evolutiva e della famiglia (Area Isontina)
- ➔ SC Disturbi del neurosviluppo e Psicopatologia dell'età evolutiva (Area Isontina)
- ➔ SC Rete Cure Palliative e Hospice (Area Isontina)

## Dove siamo

---



Visualizza la posizione sulla mappa →

SC Salute della Donna, Età evolutiva e della famiglia -  
Consultorio Familiare - Distretto Alto Isontino - Sede di  
Gorizia



SC Salute della Donna, Età evolutiva e della famiglia -  
Consultorio Familiare - Distretto Basso Isontino - Sede  
di Monfalcone



## Dove siamo

---



Visualizza la posizione sulla mappa →

SC Disturbi del neurosviluppo e Psicopatologia dell'età  
evolutiva - Sede di Gorizia



SC Disturbi del neurosviluppo e Psicopatologia dell'età  
evolutiva - Sede di Monfalcone



## Strutture collegate

---

### Dipartimento di Assistenza Distrettuale

#### **Area Isontina - Dipartimento Assistenza Distrettuale**

- ➔ SC Distretto Alto Isontino
- ➔ SC Distretto Basso Isontino
- ➔ SC Salute della Donna, dell'Età evolutiva e della famiglia (Area Isontina)
- ➔ SC Disturbi del neurosviluppo e Psicopatologia dell'età evolutiva (Area Isontina)
- ➔ SC Rete Cure Palliative e Hospice (Area Isontina)

## Dove siamo

---



Visualizza la posizione sulla mappa →

SC Rete Cure Palliative e Hospice - Sede Cormons  
distretto Alto Isontino



SC Rete Cure Palliative e Hospice - Sede Monfalcone  
distretto Basso Isontino



## Strutture collegate

---

### Area Giuliana

#### **SC Distretto Trieste 1**

- ➔ Servizi Amministrativi - SC Distretto Trieste 1
- ➔ Tutela Salute Adulti e Anziani - SC Distretto Trieste 1
- ➔ Microaree - SC Distretto Trieste 1
- ➔ Riabilitazione - SC Distretto Trieste 1

## Strutture collegate

---

### Area Giuliana

#### **SC Distretto Trieste 2**

- ➔ Servizi Amministrativi - SC Distretto Trieste 2
- ➔ Tutela Salute Adulti e Anziani - SC Distretto Trieste 2
- ➔ Riabilitazione - SC Distretto Trieste 2
- ➔ Microaree - SC Distretto Trieste 2

# SC Distretto Trieste 1

Il Distretto è la struttura aziendale a cui è stato assegnato l'incarico di raccordo tra Azienda, Cittadino, Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta e Medico del Servizio di Continuità Assistenziale ("Guardia Medica").

Per il Distretto Trieste 1 il territorio di competenza coincide con le seguenti Circoscrizioni del Comune di Trieste:

[continua a leggere](#) ▼

## Dove siamo

---



[Visualizza la posizione sulla mappa](#) →

Sede di Via Stock



Sede di via Sai 7



Sede di Via della Pietà 2/1



## Chi siamo

---

[Equipe](#)

Direttrice

Dott.ssa Anna Vittoria Ciardullo



# Cure ambulatoriali e domiciliari continuità terapeutica - SC Distretto Trieste 1

Gli operatori della struttura, si occupano di accogliere i bisogni sanitari delle persone che vi afferiscono, integrando la rete fra le strutture, i servizi sanitari collegati e le istituzioni pubbliche esterne ad ASUGI, al fine di creare un progetto assistenziale individuale di tipo integrato.

La Struttura è direttamente responsabile delle attività svolte nell'ambito della medicina generale dai Medici di Medicina Generale (MMG) e della medicina

[continua a leggere](#) ▼

## Dove siamo

---



[Visualizza la posizione sulla mappa](#) →

Sede di Via Stock



Sede di Via della Pietà 2/1



Campo San Giacomo



Sede di via Sai



## SC Distretto Trieste 2

Il Distretto è la struttura aziendale a cui è stato assegnato l'incarico di raccordo tra Azienda, Cittadino, Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta e Medico del Servizio di Continuità Assistenziale ("Guardia Medica").

Per la SC Distretto Trieste 2 il territorio di competenza coincide con il territorio delle seguenti Circoscrizioni del Comune di Trieste:

[continua a leggere](#) ▼

### Dove siamo



Visualizza la posizione sulla mappa →

Sede di Via Valmaura



Sede di Opicina



Sede di Aurisina



Sede di Via Puccini



Sede di Muggia



### Chi siamo

Equipe

Direttrice

Dott.ssa Monica Bonetti



## Area Isontina

### SC Distretto Alto Isontino

- ④ Assistenza specialistica distrettuale - SC Distretto Alto Isontino
- ④ Punto Unico di Accesso distretto Alto Isontino
- ④ Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di Cormons
- ④ Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di Gorizia e Nucleo Gravi Cerebrolesioni Acquisite (NGCA)
- ④ Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) - Distretto Alto Isontino
- ④ Ufficio amministrativo Distretto Alto Isontino
- ④ Ufficio Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale (AFIR) ed assistenza protesica - Distretto Alto Isontino

## Area Isontina

### SC Distretto Basso Isontino

- ④ Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale (AFIR) e Ufficio Assistenza Protesica e Riabilitativa - Sede di Monfalcone
- ④ Assistenza Specialistica Distrettuale Distretto Basso Isontino
- ④ Guardia Medica Turistica - Grado
- ④ Ufficio della Medicina di Base Distretto Basso Isontino
- ④ SS Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di Monfalcone
- ④ Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) - Distretto Basso Isontino

# Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) - Distretto Basso Isonzino

**Accesso:** hanno diritto all'assistenza domiciliare gratuita tutti i cittadini senza limiti di età, non autosufficienti, che non sono in grado di raggiungere i luoghi di cura a causa di gravi deficit cognitivi, sensoriali, motori o che si trovino in condizioni abitative tali da rendere impossibile o molto difficile lo spostamento e il trasporto.

[continua a leggere](#) ▼

## Dove siamo



Visualizza la posizione sulla mappa →

Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) - Sede di Monfalcone



Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) - Sede di Grado



Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di Fossalon di Grado



Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di Fogliano Redipuglia



Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di Staranzano



Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di Turriaco



Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di Monfalcone (Via Valentinis)



Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di Monfalcone (Via Pisani - Panzano)



Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di Monfalcone (Via Crociera 14 - Largo Isonzo)



Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di Pieris - San Canzian d'Isonzo



Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di San Pier d'Isonzo



Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di Grado



# Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) - Distretto Alto Isontino

L'infermiere di Comunità, è l'operatore dell'Azienda Sanitaria che mantiene uno stretto contatto con le persone della comunità in cui opera ed assicura l'assistenza generale infermieristica.

Lavora in stretta collaborazione con gli altri professionisti della salute e in particolare con i Medici di Medicina Generale, gli Assistenti Sociali i

[continua a leggere](#) ▼

## Dove siamo



Visualizza la posizione sulla mappa →

Servizio Infermieristico Domiciliare - Sede di Cormons ▼

Servizio Infermieristico Territoriale - Sede di Medea ▼

Servizio Infermieristico Territoriale - sede di Savogna d'Isonzo ▼

Ambulatorio Infermieristico Territoriale - sede di Villesse ▼

Servizio Infermieristico Territoriale - Sede di San Lorenzo Isontino ▼

Servizio Infermieristico Territoriale - Sede di Romans d'Isonzo ▼

Servizio Infermieristico Territoriale - Sede di Capriva del Friuli ▼

Servizio Infermieristico Territoriale - Sede di Mossa ▼

Servizio Infermieristico Territoriale - Sede di Gorizia ▼

## Punto Unico Integrato (PUI)

Il Punto Unico Integrato è lo sportello unificato di accesso sociosanitario, luogo d'accoglienza in cui vengono date informazioni, prima valutazione del bisogno per la popolazione anziana e consulenza sociosanitaria.

[continua a leggere](#) ▼

### Cosa sapere



#### destinatari

Anziani.

### Cosa fare



#### modalità di erogazione

Di persona allo sportello PUI di competenza territoriale a seconda del Distretto Sanitario/U.T.S. di residenza della persona anziana che necessita delle informazioni.

#### Punto Unico Integrato - Via dei Moreri

Unità Assistenziale Tutela Salute Anziani - SC Distretto Trieste 1



#### Punto Unico Integrato - Muggia

Tutela Salute Adulti e Anziani - SC Distretto Trieste 2



#### Punto Unico Integrato - Borgo San Mauro

Tutela Salute Adulti e Anziani - SC Distretto Trieste 2



#### Punto Unico Integrato - San Dorligo

Tutela Salute Adulti e Anziani - SC Distretto Trieste 2



#### Punto Unico Integrato - Via della Pietà

Unità Assistenziale Tutela Salute Anziani - SC Distretto Trieste 1



#### Punto Unico Integrato - Via Sai

Unità Assistenziale Tutela Salute Anziani - SC Distretto Trieste 1



#### Punto Unico Integrato - Valmaura

Tutela Salute Adulti e Anziani - SC Distretto Trieste 2



# MICROAREE

<https://www.youtube.com/watch?v=2FUpLIK4d6A>