



Comune di Duino Aurisina
Občina Devin Nabrežina



Comune di Sgonico
Občina Zgonik



Comune di Monrupino
Občina Repentabor

Azienda per l'Assistenza

Sanitaria n. 1 Triestina

AMBITO 1.1 - OKRAJ 1.1 - PROVINCIA DI TRIESTE - POKRAJINA TRST

Il Piano Locale della Domiciliarità

Il Piano Locale della Domiciliarità

Premessa

L'obiettivo 7.2.2 del Piano di Zona 2013-2015 ha come finalità l'elaborazione di un piano integrato di domiciliarità in maniera congiunta tra Servizio sociale comunale e Distretti sanitari, che vada a sostegno delle persone non autosufficienti, con la specificazione delle modalità di erogazione dei servizi e degli interventi di supporto alle famiglie, di formazione, di sviluppo innovativo.

Attraverso il Piano Locale della domiciliarità si vuole garantire il diritto generale di tutela della salute, sancito dall'art. 32 della Costituzione.

La Regione FVG all'art. 45 della l.r. 6/2006 riconosce, promuove e sostiene l'autonomia e la vita indipendente delle persone, con particolare riferimento al sostegno della domiciliarità. Favorisce inoltre le attività di volontariato e di reciprocità, compresi i servizi civici volontari di anziani, nonché dei ruoli attivi di utilità sociale degli anziani; sostiene lo sviluppo di servizi e strutture, quali centri sociali, centri diurni polifunzionali e laboratori, idonei a consentire scambi relazionali, anche intergenerazionali. Sostiene la realizzazione di alloggi autonomi e unità abitative di dimensioni minime, collegati con un servizio di assistenza continua e garantita di carattere sanitario, domestico e sociale, per singoli o più anziani, rispondenti alle esigenze di inclusione e di autosufficienza.

Inoltre la legge regionale 10 del 19 maggio 1998, " Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane", favorisce 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. Finalità che si perseguono innanzitutto favorendo la permanenza dell'anziano nel proprio contesto familiare e sociale.

Tra le leggi del Servizio Sanitario Nazionale si fa riferimento al Decreto 502/92 e S.M.I. che identifica le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria come tutte quelle prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono, tra le altre, anche all'area anziani. Tali prestazioni sono assicurate dalle Azienda per l'Assistenza Sanitaria, e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Il rispetto della domiciliarità nasce anche dai primi articoli della Costituzione della nostra Repubblica volti alla tutela della persona. Per poterla rispettare occorre poter sostenere lei e la sua famiglia affinché ci siano risorse suppletive.

L'elaborazione di un piano locale della domiciliarità richiama la necessità di ripensare il welfare in termini di progettualità, processi, prassi, risorse e strumenti e di esplicitare modelli culturali contestualizzati attraverso una pluralità di metodologie che diventano anche indicatori di un sistema aperto e sinergico, capace di accogliere le scelte della persona ed una domanda sempre più competente, consapevole e complessa. La libertà di scelta e la dignità della persona richiamano i principi di solidarietà e cittadinanza che per esprimersi richiedono appunto un sistema aperto e flessibile, rispettoso dei valori dell'individuo e di una positiva convivenza. Ciò che favorisce la coesione sociale contribuisce alla crescita della speranza di vita e diventa per questo un indicatore adeguato a misurare il livello di benessere. Il riferimento è al concetto di capitale sociale, utilizzato per esprimere la ricchezza di relazioni e di contatti che si

sviluppano ai vari livelli grazie alla capacità e alla volontà degli individui di costruire uno stile che sia ispirato, appunto, alla collaborazione e alla definizione di percorsi vitali comuni.

Introduzione

Il Piano Locale della Domiciliarità si colloca in un sistema di welfare improntato a modelli flessibili di cure domiciliari e residenzialità a valenza abitativa, riabilitativa e tutelare secondo percorsi assistenziali integrati tra azioni sanitarie, azioni assistenziali e misure economiche a sostegno dei nuclei familiari che si prendono cura delle situazioni di cronicità - disabilità - fragilità.

Il sistema flessibile e personalizzato secondo le esigenze della persona si articola in: a) servizi assicurati dal servizio sociale di comuni; b) assegni economici, c) *servizi acquistati direttamente con buoni di servizio in un mercato regolamentato*; d) *interventi di sollievo*; e) *servizi e prestazioni volti ad assicurare e facilitare la mobilità e l'accessibilità*.

Nella piena attuazione della domiciliarità è richiesta un' integrazione operativa intesa quale erogazione contestuale di prestazioni che esigono professionalità diverse che fanno capo od appartengono a soggetti istituzionali differenti secondo una compenetrazione tra prestazioni e servizi che possono consentire, anzi ne sono cardine indispensabile, il mantenimento ed il reinserimento nell'ambiente di vita secondo un continuum assistenziale integrato, senza il quale è impossibile tutelare adeguatamente le persone.

Al rischio di emarginazione sociale, come è noto, sono molto interessate le persone anziane, per le quali l'appartenenza a una comunità è condizione essenziale per poter utilizzare le sue risorse ed esercitare i propri diritti.

Si rende necessario quindi avviare un processo di armonizzazione a fronte di un aggravarsi dei problemi sociali, anche legati all'invecchiamento, che impone una nuova considerazione delle materie di politica sociale in termini di bisogni, tutele, diritti. Un processo che muove dal cittadino in quanto tale, dal suo sistema di diritti inalienabili costituzionalmente garantiti, secondo diritti e doveri che rafforzano modelli democratici improntati alla partecipazione.

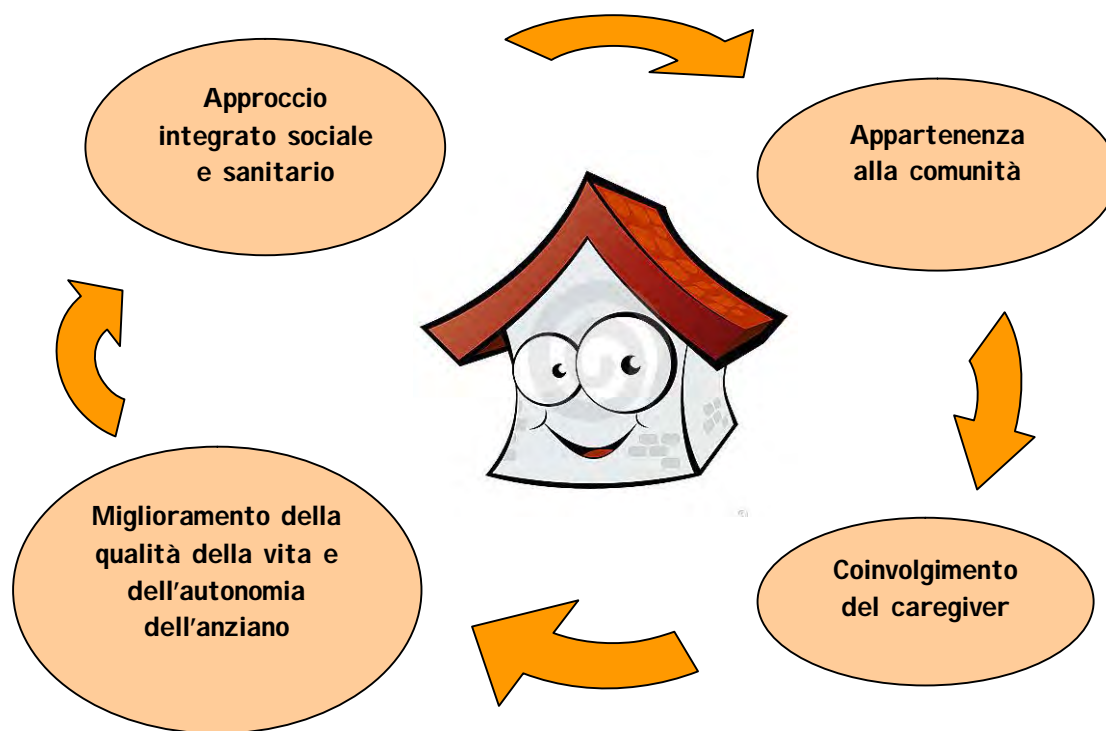
Il piano nasce dall'esigenza di definire un nuovo approccio per affrontare l'invecchiamento della popolazione. Un approccio integrato che affronti il problema del welfare, dell'abitare, del vivere, delle cure, dei servizi, superando il confine settoriale delle politiche sociosanitarie che fino ad oggi ha quasi sempre caratterizzato le attenzioni e gli indirizzi politici relativi alle persone anziane. In quanto espressione del diritto di cittadinanza le persone hanno infatti il diritto di invecchiare vivendo, cioè godendo di una qualità di vita che corrisponda al più alto grado di benessere possibile. In questo senso il sistema della domiciliarità si compone di un insieme di opportunità date ai cittadini per accedere a interventi di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria, per sostenere, attraverso un sistema flessibile e personalizzato, la scelta della permanenza a domicilio delle persona in condizioni di dipendenza assistenziale.

Il modello dei servizi a rete consente di promuovere le risorse della comunità locale e le reciprocità nell'ambito della vita comunitaria. Tale dimensione richiama anche il superamento dell'opposizione tra domiciliarità e residenzialità verso un modello di continuità assistenziale che si estrinseca in livelli di tutela nella varie situazioni e che comportano l'esigenza di un legame più stretto ed equilibrato delle strutture residenziali, trasformate in centri servizi, con le varie realtà territoriali.

Le modalità di intervento saranno pensate per mantenere il massimo dell'identità e dell'autostima di persone anziane sole, rendendo loro possibile la permanenza presso il proprio domicilio in condizioni di sufficiente autonomia. L'obiettivo è concentrato nella volontà di migliorare lo standard di vita di quelle

persone anziane che, rimaste sole, hanno bisogno di appoggiarsi a figure di fiducia (volontari, familiari, vicini, assistenti, ecc.) per le attività più pesanti o rischiose, pur rimanendo nella propria casa in maniera il più possibile autonoma.

Questo piano si basa sulla volontà di implementare e mantenere attive tipologie di interventi a sostegno di persone anziane sole. Interventi dalla naturale connotazione di relazione d'aiuto, ma impostati su caratteristiche innovative e personalizzanti, che non si limitano all'erogazione di ore di Assistenza Domiciliare classica, ma mettono in piedi un sistema di riferimenti attivi, di supporti differenziati e non necessariamente formali intorno all'anziano solo, ma ancora in grado di fare molte cose. Questi interventi così concepiti hanno l'obiettivo di potenziare e dare vigore alle capacità relazionali, fisiche e mentali della persona anziana, utilizzare al meglio le risorse economiche disponibili, favorire la permanenza nella propria casa, attraverso attività non massificate e omologanti ma attivando la rete secondo modalità di rinnovamento degli interventi resi realmente vicini alla persona anziana.



2. Lo scenario della salute della popolazione anziana in provincia di Trieste¹

La panoramica complessiva fornitaci dalla ricerca Passi d'argento² ci permette di comprendere lo scenario della salute della popolazione anziana nella Provincia di Trieste. La ricerca viene affrontata sulla base di 4 macro temi che coinvolgono la popolazione anziana. Questi sono:

1. benessere e indipendenza
2. fattori di rischio, condizioni di salute e cure
3. Partecipazione ad essere risorsa
4. Ambiente di vita

La ricerca evidenzia come il modo in cui ciascuno di noi invecchia dipende da caratteristiche individuali e fattori genetici, ma è fortemente influenzato anche da fattori sociali, dagli stili di vita e, più in generale, dalle opportunità di salute offerte dal proprio contesto di vita.

La provincia di Trieste è la più vecchia di Italia: ha circa 232.000 abitanti, il 28% dei quali con più di 64 anni; il 14% ha più di 74 anni. Il 5% degli ultra 64enni vive in casa di riposo.

La situazione demografica triestina configura oggi lo scenario che l'ISTAT prevede per l'Italia per il 2030³. Il rapido invecchiamento demografico richiede risposte globali ed efficaci in tempi brevi, finalizzate al benessere delle persone ed alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale, che possono essere favorite dall'integrazione di tutte le politiche: socio assistenziali, sanitarie, di protezione sociale, abitativa, dei trasporti, dell'educazione, del lavoro, culturali, ambientali, urbanistiche, formative e del tempo libero.

2.1 Fattori di rischio per la salute

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica che, insieme a fattori non modificabili (ereditarietà, sesso, età), danno origine a fattori di rischio intermedi (l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità). Per questo motivo, la promozione di stili di vita salutari, a tutte le età, è importante per prevenire e migliorare il trattamento e la gestione delle principali patologie croniche.

Gli indicatori negativi dello stato di salute percepito sono correlati a rischio aumentato di declino delle condizioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

Un primo fattore di rischio è determinato dalle disabilità percettive legate a vista e udito che condizionano le capacità di comunicazione delle persone ultra 64-enni, peggiorando notevolmente la qualità di vita ed inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione.

La ridotta capacità masticatoria determina la selezione di cibi che possono essere masticati ed inghiottiti facilmente. Tali diete sono di solito povere di frutta e verdura, di polisaccaridi e micronutrienti e possono contribuire ad una malnutrizione proteico calorica, potenzialmente in grado di peggiorare o far precipitare altre condizioni. Una dentatura compromessa, inoltre, può determinare disagio psicologico, con fenomeni di isolamento sociale e perdita di autostima. La presenza di depressione si associa a rischio aumentato di declino delle condizioni fisiche e psichiche, di isolamento, necessitando di un maggior ricorso alle cure.

¹ Dati emersi dalla ricerca Passi d'argento

² <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento>

³ Previsioni demografiche ISTAT 2005-2050; disponibile all'indirizzo:

http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060322_00/nota%20previsioni.pdf

Anche l'assenza di relazione sociale o la sua relativa scarsità costituisce, ad ogni età, un'importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona. Con il progredire dell'età, l'isolamento sociale è associato a declino delle capacità cognitive, maggior ricorso e maggiore durata delle ospedalizzazioni, malnutrizione, abuso alcolico e più in generale, aumento della mortalità.

Nella quasi totalità delle condizioni sono emerse disuguaglianze legate, oltre che all'età, anche al basso livello di istruzione e alle maggiori difficoltà economiche percepite; ciò impone la realizzazione di percorsi dedicati che possano facilitare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociali per queste categorie più a rischio.

2.2 Fattori di protezione

Allo stesso tempo la persona anziana costituisce una risorsa all'interno della comunità. La partecipazione attiva delle persone anziane nella società contribuisce a ridurre il loro livello di dipendenza dagli altri e ad innalzare la qualità della loro vita, che è fortemente condizionata anche dal loro ambiente di vita. L'accessibilità dei servizi sociosanitari è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione con 65 anni e più; operare per migliorarla rientra anche nell'ambito di una più generale funzione di contrasto alle disuguaglianze.

Vivere in un'abitazione adeguata ai propri bisogni individuali, in un contesto sicuro, ricco di socialità, dove la libertà di movimento e la sicurezza sono assicurate sia dentro le abitazioni che al di fuori, è un bisogno e un diritto essenziale in ogni fase della vita. Disporre di un alloggio sicuro e confortevole diventa ancora più importante per una buona qualità della vita.

Una società che promuove attività culturali ed educative in favore degli anziani con 65 anni e più, orientate allo sviluppo delle relazioni sociali, agli scambi intergenerazionali e all'impegno solidale, crea le condizioni ottimali affinché le persone più avanti in età rappresentino una risorsa per la collettività, contribuendo così a ridurre il loro livello di dipendenza dagli altri e ad innalzare la qualità della loro vita.

L'esistenza di ambienti favorevoli alla salute costituisce un elemento importante della prevenzione primaria.

3. Lo scenario demografico del territorio dell'ambito distrettuale 1.1

La provincia di Trieste è suddivisa in tre ambiti territoriali: Ambito 1.1 comprendente i Comuni di Duino Aurisina, Sgonico, Monrupino; l'Ambito 1.2 con il solo Comune di Trieste e infine l'Ambito 1.3 con i Comuni di Muggia e San Dorligo della Valle.



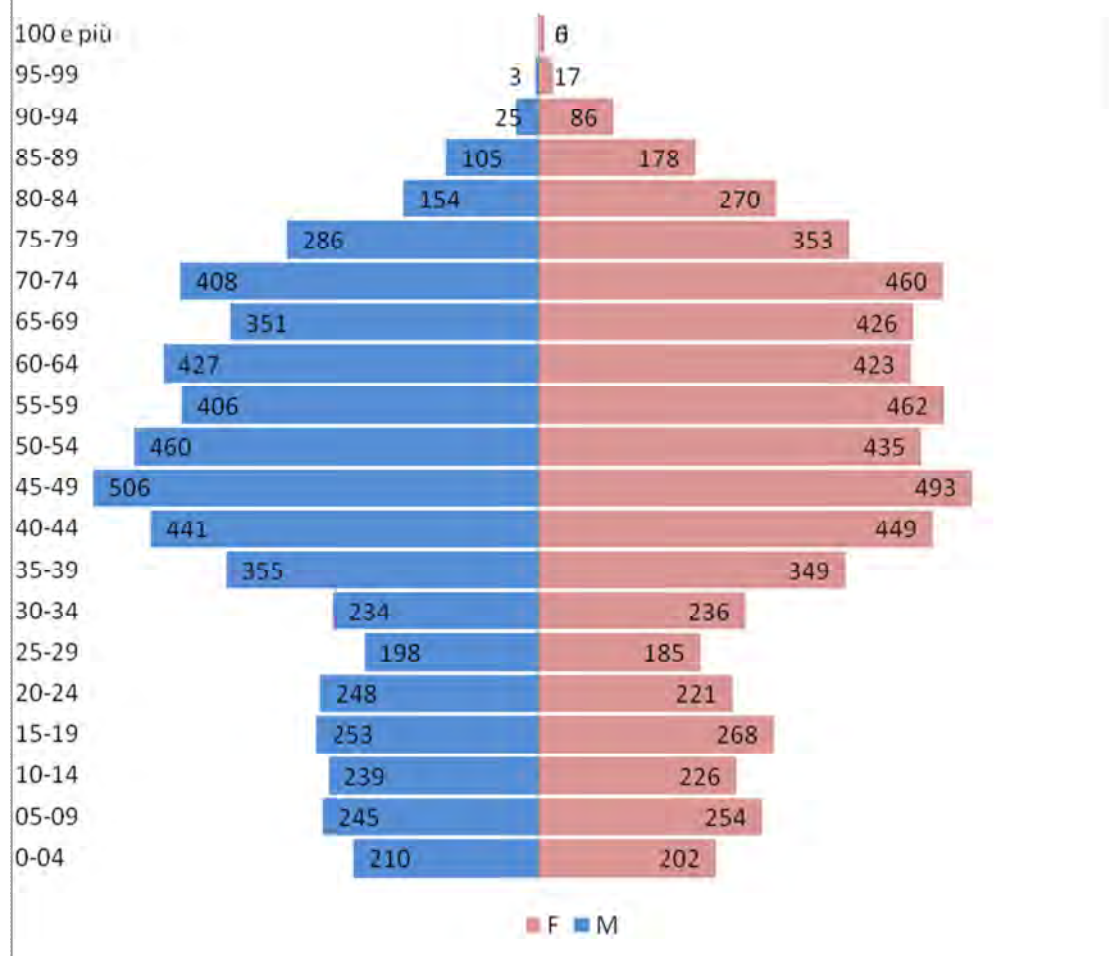
2.1 Profilo socio demografico

Gli abitanti nell'ambito 1.1 nel 2013 risultano essere 11.553. Si evidenzia un quadro numerico sostanzialmente stabile (- 0,81%), all'interno però di una tendenza all'invecchiamento progressivo della popolazione. Dal 2004 al 2013, i minori aumentano di circa il 4%, gli anziani (over 65) del 19%, mentre gli adulti diminuiscono del 12%.

Il dato sull'invecchiamento è inoltre registrabile tramite gli indici di struttura, che mostrano tutti, l'invecchiamento della popolazione: l'età media dell'ambito aumenta costantemente tra il 2004 e il 2013. L'indice di dipendenza mostra che la popolazione attiva deve sempre più far fronte ai bisogni crescenti della popolazione anziana. L'indice passa, infatti, da un 49,8 (una situazione definibile di "equilibrio") del 2002 al 63,9 del 2013, segnale di uno squilibrio generazionale crescente.

Anche la piramide d'età della popolazione residente nell'ambito 1.1, riferita all'anno 2013, mostra la caratteristica forma ad albero, segno della presenza di una popolazione con una vita media molto lunga e scarse nascite.

Ambito 1.1 - Abitanti per classi quinquennali d'età - 2013



Raffronto della popolazione residente nei Comuni dell'ambito 1.1 per grandi fasce d'età

	2004	2013
0 - 17	1695	1702
18 - 64	7530	6723
65 e oltre	2538	3128
Totale	11763	11553

Raffronto della popolazione residente nei Comuni dell'ambito 1.1. Dettaglio degli over 64

	2004	2013
65 - 74	1489	1645
75 - 84	830	1063
85 e oltre	219	420

Variazione percentuale popolazione 2004 - 2013

	Ambito 1.1.	Provincia	Regione	Italia
0 - 17	0,4	6,7	9,7	2,1
18 - 64	-12,0	-8,5	-3,6	1,0
65 e oltre	18,9	3,8	12,3	12,6

Dettaglio variazione percentuale Anziani 2004 - 2013 per fasce d'età

65 - 74	9,5	3,4	12,8	5,3
75 - 84	21,9	-6,6	5,4	12,9
85 e oltre	47,9	3,8	33,8	38,0

Fonte: demoistat

Elaborazione: SsC dell'ambito 1.1

I dati delle variazioni di distribuzione della popolazione nelle principali fasce d'età (minori, adulti, anziani) segnalano alcune tendenze dei Comuni dell'ambito.

La prima è il sostanziale stallo demografico, dovuto sia al valore assoluto della popolazione totale (diminuita dell'1,8%) sia alla stabilità della popolazione minorile, cresciuta solo dello 0,4%.

Significativa invece la contrazione della popolazione in età adulta (-12%). La popolazione anziana segnala invece un incremento complessivo del 18,9%.

Le variazioni all'interno degli over 65 fanno poi registrare un incremento del 21,9 % degli ultrasettantacinquenni e addirittura quasi un raddoppio della popolazione sopra gli 85 anni (+ 47,9%).

I dati paiono inoltre poco confrontabili con il contesto provinciale, regionale e nazionale e sembrano piuttosto connotare una peculiare situazione locale.

Se tali tendenze demografiche dovessero essere confermate negli anni a venire, i servizi attivi nell'ambito si troverebbero di fronte a una popolazione sempre più crescente di anziani, con il conseguente carico di problematiche e patologie legate all'avanzare dell'età, e con la necessità di farsene carico in un territorio caratterizzato da una dispersione degli insediamenti abitativi. I valori assoluti non elevati della popolazione paiono tuttavia favorire la possibilità di un fronteggiamento efficace delle eventuali problematiche future, anche attraverso un rafforzamento e una diversificazione degli interventi domiciliari di cura.

Inoltre in assenza di fattori di ricambio della popolazione negli anni futuri è prevedibile un'ulteriore decremento demografico.

3. Finalità e destinatari

Il Piano Locale per la Domiciliarità persegue l'obiettivo di rendere esigibili i diritti dei cittadini, individuandone forme e modalità.

Definisce le modalità operative per l'attuazione a livello locale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e di assistenza sociale degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza, nel rispetto delle indicazioni fornite dallo Stato e dalla Regione.

La finalità del PLD è la promozione e la tutela della qualità di vita dei cittadini in situazione di fragilità, in particolare delle persone che rischiano l'esclusione da un contesto familiare. Tale finalità viene

perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composta ed organizzativamente ordinata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e delle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone fragili.

Il PLD è strumento per la domiciliarità, finalizzato a rendere il mantenimento della persona non autosufficiente in famiglia meno difficile, più conveniente e più soddisfacente anche sotto il profilo delle relazioni affettive intrafamiliari e delle relazioni sociali.

L'obiettivo generale che il Piano Domiciliare persegue è quindi, quello di mantenere la persona con disabilità, anziana, fragile nel proprio contesto di vita, ogni volta che ciò risulti compatibile con la sua situazione familiare, sociale, sanitaria, economica, ambientale.

3.1 I destinatari

Il presente Piano ha come destinatari: gli operatori dell'Aas 1 Triestina e degli Ambiti dei Servizi Sociali dei Comuni 1.1, 1.2 e 1.3. ponendosi come guida nell'operatività quotidiana di tutte le professioni che lavorano a contatto con gli anziani; la cittadinanza della Provincia di Trieste fungendo da orientamento nella moltitudine di servizi e interventi integrati presenti sul territorio; nonché per le associazioni del terzo del settore. Risulta essere quindi una guida fruibile che va a presentare l'ampio ventaglio di servizi e interventi ai diversi livelli istituzionali e non.

Le politiche di sostegno della domiciliarità sono rivolte alle persone a rischio di compromissione dell'autosufficienza ovvero in condizioni di dipendenza assistenziale in quanto affette da patologie croniche e/o in condizioni di disabilità temporanea o permanente.

Tutti gli interventi compresi nel sistema della domiciliarità prevedono la valorizzazione e il coinvolgimento dei caregiver, ovvero di chi si occupa dell'anziano non autosufficiente o parzialmente autosufficiente. Essi fungono anche come intervento di sollievo per i caregiver stessi.

L'accesso al fondo per la non autosufficienza (FAP⁴) e, in generale, ai contributi economici è assicurato con riferimento alla condizione economica della persona e della sua famiglia, rilevata tramite l'ISEE familiare. Per gli interventi diversi dai contributi economici, la condizione reddituale costituisce requisito di accesso nonché criterio per determinare l'eventuale compartecipazione al costo del servizio.

4. I soggetti del Piano e i livelli di responsabilità

I soggetti istituzionali coinvolti nel processo programmatico e attuativo del PLD sono i Comuni dei tre ambiti della Provincia di Trieste e l'Aas n. 1 Triestina. I soggetti del terzo settore partecipano a tale processo con le modalità stabilite dalla legge nazionale 328/2000 e regionale 6/2006. La legge quadro pone la sua attenzione agli interventi diretti a mantenere l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente; a riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia. E ancora per le persone non autosufficienti o con limitazione dell'autonomia fisica e psichica la legge predispone interventi per favorirne la permanenza a domicilio e l'inserimento sociale⁵. Costituiscono risposta prioritaria i servizi di aiuto alla persona per favorire la permanenza a domicilio di anziani, disabili e

⁴ Fondo per l'Autonomia Possibile

⁵ Maggian, "Il sistema integrato dell'assistenza. Guida alle legge 328/2000", Carocci Editore, p. 119

persone con disagio psicosociale nonché iniziative per promuovere e valorizzare il sostegno domiciliare e l'integrazione sociale attraverso forme innovative di solidarietà comunitarie.

L'art. 14 della Costituzione, nella definizione paritetica dei livelli istituzionali, indica il **Comune** come primo depositario dei bisogni e della rappresentazione degli interessi dei cittadini. Gli obiettivi di benessere individuale, familiare, della comunità locale, non possono essere efficacemente perseguiti solo da politiche e interventi sociali, così come gli obiettivi di salute non possono essere conseguiti solo da politiche e interventi sanitari. La responsabilizzazione dell'Ente Locale su obiettivi di benessere e salute ha la ragione di essere per la gestione di politiche territoriali ed è quindi in grado di perseguire l'effettiva integrazione fra diversi attori. Uno dei messaggi forti della L. 328/00 sta proprio nel dare una centralità alle politiche sociali e di conseguenza all'Ente Locale, responsabilizzandolo di una funzione di coordinamento e integrazione di varie funzioni e attori, interni o esterni al singolo ente, in ordine a finalità di tutela e promozione del benessere nelle sue varie dimensioni.

L'Ente Locale risulta essere il primo referente per il cittadino, quindi il primo interlocutore delle esigenze della persona e della famiglia e il primo rilevatore dei bisogni espressi e inespressi. Nel rispetto del principio di sussidiarietà, il legislatore ha individuato nell'ente locale il primo soggetto per la realizzazione di servizi rivolti alla popolazione e primo conoscitore della realtà locale.

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria, come espresso dalla L.r. 6/2006 partecipa alla realizzazione e alla programmazione del sistema integrato con particolare riferimento all'integrazione sociosanitaria.

I distretti sanitari, nello specifico, la struttura complessa Tutela Salute Adulti e Anziani perseguono gli obiettivi di: 1. prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione delle persone adulte ed anziane; 2. per il proprio livello di competenza, partecipare alla continua ricerca di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate e collaborare per un intelligente impiego di quelle presenti nel territorio, promuovendone lo sviluppo.

Mette inoltre a disposizione il proprio servizio di Assistenza infermieristica Domiciliare, anche nel settore delle cure palliative e promuovendo la figura dell'infermiere di comunità.

5. Le prestazioni e i servizi

5.1 Prestazioni socio assistenziali

Le prestazioni socio assistenziali trovano definizione all'art. 128 del Decreto Legislativo 112/1998, il quale prevede che per "Servizi Sociali" si intendono *"tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia"* con particolare riguardo alle condizioni di disabilità e di non autosufficienza.

Ogni prestazione erogata è regolamentata da criteri di accesso sulla base della nuova normativa ISEE (DPCM 159/2013) in vigore dal 1° gennaio 2015.

5.1.1 Servizio di assistenza domiciliare (SAD)

La L.r. 6/2006 prevede che il Servizio di assistenza domiciliare sia uno dei servizi garantiti dal sistema integrato.

Il SAD è un servizio di carattere socio assistenziale finalizzato alla prevenzione, mantenimento e sviluppo delle potenzialità che permette alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione ed è rivolto a persone con disabilità o non autosufficienti.

CHE COS'E'?	E' un servizio erogato direttamente a domicilio dell'utente da Operatori Socio Sanitari (OSS) comunali.
COSA OFFRE?	<p>Il SAD offre assistenza a domicilio a persone con limitazione dell'autonomia nello svolgimento dei compiti di vita quotidiana, con prestazioni quali:</p> <ul style="list-style-type: none">- cura e igiene della persona (es. bagno, doccia, alzata e rimessa a letto);- mobilitazione (es. deambulazione assistita, mobilitazione a letto);- accompagnamenti per commissioni, visite mediche;- supporto alla vita di relazione;- controllo e monitoraggio della situazione. <p>Il SAD collabora con la famiglia e si integra con gli altri servizi sanitari e sociali eventualmente presenti.</p>
A CHI E' RIVOLTO?	Il SAD è rivolto ai residenti dei tre Comuni dell'Ambito 1.1: Duino Aurisina, Sgonico, Monrupino che hanno presentato un ISEE in corso di validità.
COME SI ACCEDE?	<p>Presentando domanda di avvio del Servizio di Assistenza Domiciliare presso la sede del Servizio sociale dei Comuni, nonché un ISEE in corso di validità. Le domande sono valutate seguendo l'ordine di presentazione, ovvero sulla base dell'urgenza della situazione.</p> <p>Successivamente alla raccolta della domanda e in seguito alla visita domiciliare dell'assistente sociale e delle OSS, si definisce il piano di assistenza provvisorio (della durata massima di trenta giorni) di concerto con l'utente e la sua famiglia e si da avvio all'intervento.</p> <p>Allo scadere del piano provvisorio si concorda il piano di assistenza definitivo, si stabilisce la quota di contribuzione ai costi del servizio, in base alla documentazione economica presentata dalla famiglia e si sottoscrive il contratto di servizio.</p>
QUANTO COSTA?	<p>La soglia di accesso al SAD è pari alla soglia definita dalla regione per l'accesso al FAP (vita indipendente) così come previsto da Regolamento.</p> <p>Il servizio è a titolo gratuito.</p>
DOVE	<p>Alla sede del Servizio Sociale di Borgo S. Mauro 124, Sistiana. Segretariato sociale</p> <p>martedì ore 9.00 – 11.00 – telefono 0402017387</p> <p>Previo appuntamento telefonico: 040 2017384</p>

In base alla disponibilità di fondi e sulla base della valutazione del Servizio Sociale, è possibile finanziare contratti ad hoc di un servizio privato di assistenza alla persona.

5.1.2 Il servizio di erogazione pasti

CHE COS'E'?	Il servizio può consistere nella fornitura di pasti a domicilio o nell'utilizzo della mensa della Casa di Riposo "F.lli Stuparich".
COSA OFFRE?	La possibilità di usufruire di pasti a domicilio (preconfezionati dalla Casa di Riposo "f.lli Stuparich" o da altre ditte specializzate). Nel caso gli utenti non possano raggiungere autonomamente i locali della mensa, gli operatori del servizio di assistenza consegnano i pasti a domicilio.
A CHI E' RIVOLTO?	Alle persone residenti che sono temporaneamente impediti a provvedere autonomamente al proprio vitto che hanno presentato un ISEE in corso di validità
COME SI ACCEDE?	Attraverso una valutazione del bisogno svolto dagli assistenti sociali del Servizio sociale dei Comuni.
QUANTO COSTA?	Il costo del pasto convenzionato è a carico dell'utente. E' annualmente determinato (per il 2015 ammonta a euro 5,16 per pasti erogati dalla casa di Riposo "Stuparich"). Il servizio di trasporto a domicilio ha un costo fisso mensile (per il 2015 ammonta di euro 15,49).
DOVE?	Alla sede del Servizio Sociale di Borgo S. Mauro 124, Sistiana. Segretariato sociale martedì ore 9.00 – 11.00 – telefono 0402017387 Presso il Punto Unico Integrato ogni venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 attivo nella sede del Servizio sociale dei Comuni di Borgo S. Mauro 124– telefono 0402017387. Previo appuntamento telefonico: 040 2017384

5.1.3 Servizio trasporto agevolato

CHE COS'E'?	E' un servizio di trasporto e accompagnamento a favore di persone anziane e/o disabili e/o affette da gravi patologie e/o adulti fragili a rischio di grave emarginazione sociale con personale qualificato e mezzi equipaggiati, per soddisfare la necessità di trasporto verso strutture socio – sanitarie, luoghi che favoriscono la vita di relazione, uffici, ecc.
COSA OFFRE?	L'intervento consiste nell'offrire un servizio di trasporto gratuito per gli utenti dei comuni dell'ambito 1.1., svolto da un cooperativa sociale convenzionata. Di norma possono essere autorizzati al massimo 15 trasporti nel mese per utente, previa verifica sullo stato di necessità da parte del Servizio sociale e in base alla disponibilità delle ore fruibili da contratto.

A CHI E' RIVOLTO?	<p>Destinatari del servizio sono i cittadini residenti nei comuni dell'Ambito con almeno uno dei seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ultrasessantacinquenni; - disabili con riconoscimento di invalidità superiore all' 80%; - persone affette da gravi patologie; - soggetti adulti fragili a rischio di grave emarginazione sociale. <p>In caso di situazioni socio-sanitarie particolarmente complesse, su valutazione del Servizio sociale, potranno essere prese in considerazione istanze riguardanti necessità di trasporto, anche in deroga del requisito relativo al reddito.</p>
COME SI ACCEDE?	<p>Possono accedere all'erogazione del trasporto agevolato i cittadini aventi diritto previa presentazione agli uffici del Servizio Sociale di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. domanda di accesso al servizio su apposita modulistica; 2. dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al reddito del nucleo familiare anagrafico dell'ultima annualità disponibile (in alternativa fotocopia della documentazione reddituale: Unico, CUD o 730); 3. se invalido civile, fotocopia della relativa certificazione; 4. eventuale documentazione comprovante la necessità dei trasporti; <p>Una volta attivato il servizio, la successiva necessità di trasporto deve essere segnalata agli uffici del Servizio sociale con almeno 5 giorni lavorativi di anticipo.</p>
QUANTO COSTA?	<p>Il servizio di trasporto è gratuito del fino ad esaurimento del fondo annualmente stanziato.</p>
DOVE?	<p>Presso il Segretariato sociale attivo nelle sedi del Servizio sociale nel giorno di apertura al pubblico il venerdì dalle ore 8.30 alle ore 10.30 – telefono 0402017387</p> <p>Previo appuntamento telefonico: 040 2017385</p>

5.1.4 Soggiorni estivi

CHE COS'E'?	<p>Un periodo di vacanza per le persone anziane autosufficienti quale occasione di socializzazione, svago e riabilitazione psicofisica anche fuori dal normale contesto di vita.</p>
COSA OFFRE?	<p>Un soggiorno della durata indicativa di quattordici giorni, realizzato in luoghi termali.</p>
A CHI E' RIVOLTO?	<p>Possono usufruire del soggiorno vacanza organizzato dall'Amministrazione comunale persone ultrasessantenni autosufficienti residenti in uno dei tre Comuni dell'Ambito. Di norma è previsto un numero massimo di 50 partecipanti. Eventuali posti residui vengono messi a disposizione di persone anziane autosufficienti residenti in altri comuni limitrofi.</p>
COME SI ACCEDE?	<p>Compilando l'apposita domanda di ammissione e i relativi allegati</p>
QUANTO COSTA?	<p>Il costo del soggiorno è totalmente a carico del partecipante. Le persone non</p>

	abbienti possono fare richiesta di eventuali contributi economici finalizzati al parziale pagamento del soggiorno che verrà di seguito valutata dal Servizio Sociale sulla base della presentazione dell'ISEE.
DOVE?	Presso il Servizio Sociale di Borgo San Mauro 124, Sistiana.

6 Servizi socio sanitari

Il Decreto Legislativo 502/92 e s.m.i "Riordino della disciplina in materia sanitaria" all'art. 3 - septies stabilisce che: "si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte l'attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- PRESTAZIONI SANITARIE A RILEVANZA SOCIALE: cioè tutte le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite.
- PRESTAZIONI SOCIALI A RILEVANZA SANITARIA: cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Identifica poi le PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE A ELEVATA INTEGRAZIONE SANITARIA che sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcol e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.

Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti - obiettivo nazionali e regionali.

Invece, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 112/1998. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

6.1 PRESTAZIONI SOCIALI A RILEVANZA SANITARIA

6.1.1 Il punto unico integrato

CHE COS'E'?	Il Punto Unico Integrato costituisce la porta d'accesso ai servizi socio-sanitari sul territorio relativamente alla tematica anziani
--------------------	--

COSA OFFRE?	Tale risorsa intende garantire un luogo di accoglienza, di informazione e prima valutazione del bisogno per la popolazione anziana, e rappresenta il punto di avvio del percorso della presa in carico integrata per le persone anziane. Lo sportello intende facilitare l'accesso alle risorse della rete dei servizi.
A CHI E' RIVOLTO?	Agli anziani in particolar modo se con problemi di non autosufficienza e alle loro famiglie, residenti nei comuni dell'Ambito.
COME SI ACCEDE?	Si accede in maniera autonoma nella sede del Punto Unico di Borgo S. Mauro, 124 di Sistiana.
QUANTO COSTA?	Il servizio offerto è gratuito.
DOVE?	Presso il Punto Unico Integrato ogni venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 attivo nella sede del Servizio sociale dei Comuni di Borgo S. Mauro 124- telefono 0402017387. Previo appuntamento telefonico: 040 2017384

6.1.2 FAP Fondo per l'Autonomia Possibile ⁶

CHE COS'E'?	Il Fondo per l'Autonomia possibile istituito dalla Legge Regionale 6/2006 all'art. 41 è rivolto alle persone residenti in regione che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri.
COSA OFFRE?	Le persone anziane residenti nei comuni dell'Ambito o chi ne fa le veci (tutore, curatore, amministratore di sostegno, familiare o convivente) segnalano i loro bisogni assistenziali e possono richiedere l'attivazione delle tipologie di intervento previste dal nuovo Regolamento FAP approvato con DPR n. 7/2015
A CHI E' RIVOLTO?	Il nuovo Regolamento FAP dettaglia chi sono i destinatari del servizio. Il Regolamento è consultabile sul sito www.regione.fvg.it
COME SI ACCEDE?	Tutti i benefici sono disposti dall' Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) che mette a punto un Progetto Personalizzato condiviso con l'assistito e/o con chi ne fa le veci. I principali requisiti per l'ottenimento dei contributi sono: <ol style="list-style-type: none"> 1. il progetto personalizzato disposto dall'UVD, che attesta la perdita di almeno 2 Activities of Daily Living (ADL) Attività per la Vita Quotidiana. 2. ISEE in corso di validità (con un tetto massimo stabilito dal regolamento regionale). I benefici previsti dal FAP decorrono dal primo giorno del mese successivo alla

⁶ Nuovo Regolamento FAP approvato con DPR n. 7/2015 pubblicato sul BUR n. 3 del 21 gennaio 2015

	definizione del progetto personalizzato che deve essere sottoscritto da parte dell'interessato o da chi ne fa le veci.
DOVE?	Alla sede del Servizio Sociale di Borgo S. Mauro 124, Sistiana. Segretariato sociale martedì ore 9.00 – 11.00 – telefono 0402017387 Presso il Punto Unico Integrato ogni venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 attivo nella sede del Servizio sociale dei Comuni di Borgo S. Mauro 124– telefono 0402017387.

6.2 PRESTAZIONI AD ALTA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

6.2.1 Centro per la diagnosi dei disturbi cognitivi (CDDC)

CHE COS'E'?	Al Centro per la Diagnosi dei disturbi cognitivi è possibile ricevere consulenza, diagnosi, trattamento, orientamento ai servizi per la socializzazione delle persone con deterioramento cognitivo .
COSA OFFRE?	L'equipe del CDDC garantisce, oltre al percorso diagnostico, anche la presa in carico delle necessità assistenziali della persona con disturbi cognitivi, mediante interventi informativi, educativi e di socializzazione. Quando necessario si occupa di realizzare veri e propri progetti socio-sanitari personalizzati
A CHI E' RIVOLTO?	Il servizio è rivolto a persone che presentano disturbi della memoria (da iniziali ad avanzati) o altri sintomi/segni potenzialmente associati ad un decadimento (deficit) cognitivo senile o presenile (quindi soggetti con possibile Malattia di Alzheimer o sindromi affini). Destinatari del servizio sono i cittadini residenti sul territorio provinciale di Trieste.
COME SI ACCEDE?	Si può accedere con la prescrizione medica; su iniziativa della persona o di un suo familiare; su segnalazione di altri servizi socio sanitari che hanno in carico la persona. È presente un CDDC presso ogni distretto sanitario di Trieste.
QUANTO COSTA?	Se l'assistito non è esente dalla compartecipazione della spesa sanitaria, le prestazioni erogate sono assoggettate al pagamento del ticket previsto per le prestazioni ambulatoriali specialistiche.
DOVE?	Centro per la Diagnosi dei Disturbi Cognitivi via Stock, 2/2 telefono: 040 3997808 Riceviamo su appuntamento - da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 10.30

6.2.2 Centri diurni assistiti

CHE COS'E'?	Il centro diurno si pone come servizio a carattere semiresidenziale diurno e consiste nell'insieme delle prestazioni erogate alle persone non autosufficienti o parzialmente autosufficienti sulla base di programmi assistenziali personalizzati e
--------------------	---

	finalizzati a migliorare la qualità della vita dell'anziano e della sua famiglia.
COSA OFFRE?	Forniscono i seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> - assistenza alla persona in base a programmi personalizzati - igiene e cura della persona (anche bagni assistiti, manicure/pedicure, parrucchiere/barbiere) - pasti e colazioni - supervisione e somministrazioni terapie farmacologiche - interventi infermieristici - animazioni e interventi di riabilitazione
A CHI E' RIVOLTO?	È rivolto a persone anziane non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, residenti sul territorio provinciale di Trieste.
COME SI ACCEDE?	Ci si può rivolgere, oltre che alle strutture, al Punto Unico Integrato di Sistiana, Borgo S. Mauro, 124
QUANTO COSTA?	Il costo è variabile a seconda del Centro Diurno.
DOVE?	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASP ITIS – Centro diurno per anziani non autosufficienti. Via Pascoli, 31 - Trieste. Segreteria dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 15.30. Tel. 040 3736303 e-mail: segretariatosociale@itis.it 2. CASA EMMAUS – Centro Diurno Residenza Protetta. Via Italo Svevo, 34 - Trieste. Per informazioni dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle 12. Tel. 040 388211 e-mail: casa.emmaus@libero.it 3. CENTRO DIURNO IN...CONTRADA – Via del Ponzianino, 16 – Trieste. Per informazioni dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 13. Tel. 040 772346 e-mail: incontrada@cooperativaquercia.it 4. CENTRO DIURNO – Presso il Centro per l'Anziano. Via de Marchesetti, 8/1 – Trieste. Per informazioni tel. 040 912080 e-mail: amministrazione_CPA@comune.trieste.it <p>Nell'ambito 1.1 sono in via di definizione i centri per Alzheimer di Malchina e via Ralli a Trieste.</p>

6.2.3 Accoglimenti temporanei nelle strutture per anziani

CHE COS'E'?	Strutture residenziali in grado di offrire accoglimenti temporanei per anziani autosufficienti e/o non autosufficienti a seconda della residenza a cui ci si rivolge.
COSA OFFRE?	Il servizio vuole: <ul style="list-style-type: none"> - prevenire situazioni di stress dei familiari - garantire una risposta concreta a necessità di alloggio temporaneo in situazioni di necessità (trasloco, pulizie, lavori di manutenzione, allontanamento temporaneo di parenti, ecc.). <p>E' previsto un accoglimento da 5 a 45 giorni da prenotare non più di tre mesi</p>

	prima.
A CHI E' RIVOLTO?	È rivolto ad anziani autosufficienti e/o non autosufficienti ed alle loro famiglie, residenti sul territorio provinciale di Trieste.
COME SI ACCEDE?	Si accede telefonando alla struttura individuata, si compila la richiesta indicando il periodo prescelto, si attende la visita di valutazione e nulla osta, e pagando la retta secondo le modalità previste dalla struttura.
QUANTO COSTA?	Il costo è variabile a seconda della struttura di accoglimento.
DOVE?	<ol style="list-style-type: none"> RESIDENZA VALDIRIVO – via Valdirivo 11. Tel. 040 365110 e-mail: info@prosenectutets.it CASA FAMIGLIA MATER DEI – Viale R. Sanzio 3. Tel 040 53580 e-mail mater.dei@tiscali.it RESIDENZA PROTETTA ITIS – Via Pascoli 31. Tel. 040 3736303 e_mail: segretariatosociale@itis.it

6.2.2 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

CHE COS'E'?	L'ADI consiste in cure infermieristiche e non, da parte degli operatori del Servizio Sociale e del Distretto Sanitario che intervengono in maniera integrata.
COSA OFFRE?	<p>Gli operatori dei servizi sociali del Comune e quelli del distretto sanitario intervengono sulla base di un programma socio-sanitario integrato e personalizzato. Oltre agli interventi infermieristici, la persona anziana potrà essere supportata nelle attività di vita quotidiana (igiene personale, mobilitazione, alimentazione, ...) e nella gestione domestica (pulizia, manutenzione, ...).</p> <p>L'assistenza infermieristica domiciliare è attiva 7 giorni su 7 per 12 ore al giorno.</p>
A CHI E' RIVOLTO?	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. Destinatari del servizio sono i cittadini residenti sul territorio provinciale di Trieste.
COME SI ACCEDE?	La domanda di assistenza infermieristica domiciliare può essere effettuata dagli interessati, dai parenti o da coloro che ne hanno cura, anche senza vincoli di parentela, dal medico di famiglia, dagli operatori dei distretti sanitari e dagli operati sociali dei Comuni della Provincia e dal Servizio di Emergenza Sanitaria 118.
QUANTO COSTA?	La scelta dell'assistenza integrata è assunta dal Distretto. Le prestazioni sanitarie sono gratuite.

DOVE?	<p>- al Medico di medicina generale</p> <p>- alla struttura Anziani e residenze del Distretto N.1 - via Lionello Stock 2</p> <p>telefono: Responsabile: 040 3997843</p> <p>Accoglienza: 040 3997808 - 040 3997868</p> <p>email: adi.stock@ass1.sanita.fvg.it</p> <p>- al Punto Unico Integrato Anziani (PUI) - Servizio sociale di Borgo S. Mauro 124, Sistiana. Ogni martedì dalle ore 9.00 alle ore 11.00.</p>
--------------	--

6.2.3 Progetto AMALIA-TELEFONO SPECIALE e AGENDA FARMACI

CHE COS'E'?	<p>Sono progetti che nascono sull'urgenza di dare risposte e soluzioni al grande problema della solitudine e delle tante forme di rinuncia alla vita che colpiscono in ugual misura le persone di ogni età e luogo.</p>
COSA OFFRE?	<p><u>Amalia - Telefono Speciale</u> si concentra sulla ricerca attiva delle persone sole e in prevalenza anziane; risponde alle richieste di aiuto di tutti i cittadini che si sentono a rischio, a prescindere dall'età. A questo scopo sono attivi due numeri verdi 24h su 24 messi a disposizione dalla Centrale operativa Televita.</p> <p>È un centro di ascolto qualificato che accoglie su appuntamento le persone che chiedono un supporto più concreto e continuativo.</p> <p><u>Agenda Farmaci</u> è un servizio che ricorda all'anziano quale, come e quando assumere la terapia farmacologica</p>
A CHI E' RIVOLTO?	<p>Il servizio si rivolge a tutti i cittadini, residenti in provincia di Trieste, che stanno attraversando momenti di particolare disagio esistenziale, ma anche a tutti coloro che sono al corrente di situazioni di vita difficili, a forte rischio di isolamento e di rinuncia della vita, e che, vorrebbero segnalarla a chi può intervenire con strumento e competenze appropriate.</p>
COME SI ACCEDE?	<p>Numero verde gratuito attivo 24 ore su 24 (Telesoccorso e Progetto Amalia)</p> <p>800-544 544</p>
QUANTO COSTA?	<p>Il servizio è gratuito. L' Agenda Farmaci è erogato in forma gratuita o semigratuita in relazione alle condizioni economiche del richiedente (o del suo nucleo familiare)</p>
DOVE?	<p>È necessario rivolgersi alla Struttura Salute Anziani e residenze del Distretto N.1</p> <p>- via Lionello Stock 2</p> <p>telefono: Responsabile: 040 3997843</p> <p>Accoglienza: 040 3997808 - 040 3997868</p> <p>Fax: 040 3997837</p> <p>email: adi.stock@ass1.sanita.fvg.it</p>

6.2.5 Teleassistenza - telesoccorso

CHE COS'E'?	Teleassistenza è un servizio della Regione Friuli Venezia Giulia, gratuito o semigratuito in base al reddito. Basta solo un telefono per poter contare 24 ore su 24 su personale qualificato, pronto ad intervenire in qualunque situazione di bisogno o di emergenza. Il telesoccorso è un piccolo apparecchio portatile, costituito da un pulsante e connesso al telefono di casa tramite apposito dispositivo, grazie al quale ogni utente è collegato 24 ore su 24 alle centrali operative presenti in regione
COSA OFFRE?	Premendo il pulsante, in caso di necessità, l'assistito può parlare in viva voce con gli operatori delle centrali. La cartella personale informatizzata, contenente tutti i dati utili in caso di emergenza (ubicazione, condizioni di salute, persone di riferimento e in possesso di chiavi), consente agli operatori una risposta immediata.
A CHI E' RIVOLTO?	Il servizio è rivolto alle persone anziane o fragili che desiderano essere seguite e protette restando a casa propria
COME SI ACCEDE?	La domanda va presentata al Distretto Sanitario di appartenenza. E' comunque possibile chiedere informazioni presso il Distretto Sanitario di appartenenza e/o il Servizio Sociale di Borgo s. Mauro 124 di Sistiana Per ogni informazione sulla teleassistenza e sulle modalità di erogazione dei servizi su come ottenerli, è disponibile un numero verde gratuito: 800 84 60 79 La gestione del servizio è a cura di TESAN TELEVITA SRL, con sedi a Udine e a Trieste.
QUANTO COSTA?	Il servizio è gratuito o semigratuito in base al reddito.
DOVE?	È necessario rivolgersi alla Struttura Salute Anziani e residenze del Distretto N.1 - via Lionello Stock 2 telefono: Responsabile: 040 3997843 Accoglienza: 040 3997808 - 040 3997868 Fax: 040 3997837 email: adi.stock@ass1.sanita.fvg.it

L'Amministratore di sostegno

Per chiedere la nomina dell'amministratore di sostegno, nei confronti delle persone socialmente fragili, è necessario rivolgersi all'Ufficio del Giudice Tutelare da lunedì a sabato dalle 9 alle 12 presso il Tribunale Civile e Penale di Trieste, Foro Ulpiano, 1 - Stanza 103 (Tel. 040 7792469 - Fax: 040 7792272)

Per qualsiasi informazione è possibile rivolgersi al Punto Unico di Sistiana nella giornata di martedì dalle ore 9 alle ore 11.

7. SERVIZI SANITARI

La **struttura complessa salute anziani e residenze** è presente in ognuna dei quattro Distretti Sanitari dislocati sul territorio triestino. Il personale di queste strutture, lavorando in stretta integrazione con altri servizi sanitari e sociali, può avviare programmi di assistenza personalizzata che tengono conto dei problemi e delle risorse del contesto.

Ci si rivolge a questa struttura quando si ha necessità di assistenza a casa, riabilitazione in una Residenza sanitaria assistenziale (RSA) che garantisce consulenza, attività diagnostiche ed assistenziali, orientamento e aiuto per le procedure necessarie ad ottenere le diverse forme di agevolazione e supporto, previste dalle norme regionali e nazionali.

La struttura salute anziani e residenze vuole:

- garantire l'assistenza primaria e la continuità assistenziale nella popolazione adulta e anziana di questa fascia di età, nei diversi contesti di vita
- offrire prestazioni e servizi per la tutela della salute con attività di prevenzione, diagnosi e cura attraverso l'erogazione, in ogni distretto, di prestazioni appropriate nei diversi ambienti di cura, senza soluzioni di continuità
- governare i servizi volti ad assicurare alla popolazione del distretto, particolarmente se anziana, prestazioni e servizi per la tutela della salute con attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (in collaborazione con la struttura semplice dipartimentale distrettuale di Riabilitazione)
- sviluppare valutazioni e interventi multidisciplinari, multiprofessionali ed intersettoriali (plurali, globali, locali) finalizzati a favorire un buon invecchiamento delle singole persone e della popolazione in generale.
- Assicurare con competenze e metodologie specifiche l'accesso, l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico delle persone anziane, prioritariamente fragili o con ridotta autonomia.
- Attuare interventi atti a favorire il progresso culturale per una visione positiva dell'anziano nel territorio ed il buon invecchiamento
- Attuare i piani e programmi di salute valorizzando il lavoro dei Medici di Medicina Generale e dei Medici specialisti, quali nodi cruciali della rete
- Prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione delle persone adulte e anziane
- Per il proprio livello di competenza, partecipare alla continua ricerca di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate e collaborare per un intelligente impiego di quelle presenti nel territorio, promuovendone lo sviluppo⁷.

7.1 Servizio infermieristico domiciliare (SID)

CHE COS'E'?	Il SID è un insieme di attività sanitarie integrate (assistenza infermieristica, riabilitativa, medico generalista e specialista) che provvedono ad erogare interventi di natura socio assistenziali, con lo scopo di curare, assistere e riabilitare la persona malata al proprio domicilio evitando il ricovero ospedaliero o nelle residenze socio assistenziali.
COSA OFFRE?	Tra le prestazioni offerte a domicilio si segnalano:

⁷ http://www.assl.sanita.fvg.it/servlet/page?_pageid=71&_dad=pass1&_schema=PASS1&act=2&id=2927

	<ul style="list-style-type: none"> • rilevazione dei parametri vitali nei soggetti con funzioni fortemente compromesse o in particolari momenti di instabilità • somministrazione e monitoraggio delle terapie parenterali • monitoraggio della terapia anticoagulante e antidiabetica, della terapia orale, eventualmente avvalendosi del servizio telefonico "Agenda Farmaci" • gestione della nutrizione artificiale domiciliare • effettuazione dell'elettrocardiogramma • prelievi per esami di laboratorio • medicazioni • gestione delle stomie e dei cateterismi
A CHI E' RIVOLTO?	Il servizio è rivolto a tutte le persone anziani che necessitano di cure mediche presso il proprio domicilio.
COME SI ACCEDE?	Si accede rivolgendosi presso la Struttura Complessa Salute Anziani e Residenze del distretto di appartenenza. (vedi pag. seguente)
QUANTO COSTA?	Il SID rientra nei livelli essenziali di assistenza (LEA) ed è erogato gratuitamente.
DOVE?	Struttura Anziani e residenze del Distretto N.1 - via Lionello Stock 2 telefono: Responsabile: 040 3997843 Accoglienza: 040 3997808 - 040 3997868 fax: 040 3997837 email: adi.stock@ass1.sanita.fvg.it

8. ALTRI SERVIZI

8.1 Sportelli Si.Con.Te. (Sistema di CONCiliazione inTEgrata) - Assistenti familiari

Lo sportello della Provincia nasce in seguito alla domanda sempre più in aumento di assistenza domiciliare per servizi di cura che sia associata all'esigenza di far conciliare i tempi lavorativi/formativi con quelli dedicati alla famiglia. Lo sportello vuole favorire l'incontro regolare e qualificato tra domanda e offerta di collaboratori familiari.

Il servizio si rivolge alle persone e alle famiglie che stanno cercando un collaboratore familiare ("badante", colf...) per l'assistenza ad anziani parzialmente o non autosufficienti. Gli sportelli offrono gratuitamente la possibilità di individuare la figura più adatta alle proprie esigenze e di svolgere tutte le pratiche inerenti la contrattualizzazione nonché fornire utili linee guida alla gestione del rapporto di lavoro.

Gli sportelli inoltre propongono un servizio, chiamato *Infopoint*, dedicato a chi deve sostituire temporaneamente la propria collaboratrice familiare (per esempio in caso di ferie, malattia, formazione) oppure a chi ha la necessità di individuare nel più breve tempo possibile una figura di collaboratore familiare per far fronte a situazioni di momentanea difficoltà. Infine informano sugli eventuali incentivi e contributi economici per le assunzioni.

Si rivolge inoltre alle lavoratrici e ai lavoratori italiani e stranieri interessati a inserirsi nel settore domestico come assistenti familiari/badanti, colf. Gli sportelli offrono gratuitamente la possibilità di valutare la soluzione contrattuale più adatta alle proprie esigenze in base alle competenze possedute.

Per accedere al servizio:

il Servizio è operativo presso il Servizio Sociale di Duino Aurisina, sito a Sistiana, borgo S. Mauro 124 - Tel 040 2017388 - assistentifamiliari.duino@provincia.trieste.it, ogni martedì mattina dalle ore 10 alle ore 13.

Opera costantemente presso il Centro per l'impiego di Scala Cappuccini

Numero Verde 800 145538

8.2 Trasporto facile - Provincia di Trieste

Trasporto facile è un sistema di raccordo dei trasporti per persone con disabilità del nostro territorio.

Lo scopo principale di questa iniziativa è favorire la mobilità delle persone disabili che abitano nella provincia di Trieste.

È possibile rivolgersi al Numero Verde 800 007 800

Dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 12.30

e-mail info@trasportofacile.net

In sintesi... Dove, come e quando?

Distretto 1	Salute anziani e residenze	Sede: via Stock, 2 - Roiano Orario accoglienza: ore 8.30-10.30 Tel.: 040 3997808 Fax: 040 3997865 Email: unita.valutazioneD1@ass1.sanita.fvg.it
	Punto unico integrato Trieste	Sede: via Stock, 2 – Roiano – 1° piano – St. 104 Orario: martedì e venerdì (ore 9.00 - 12.00) Tel.: 040 3997840
	Punto unico integrato Duino Aurisina	Sede: Borgo S. Mauro, 124 – Duino Aurisina Orario: martedì (ore 9.00 – 11.00) Tel.: 040 2017387
	Centro per la diagnosi delle demenze	Sede: via Stock, 2 - Roiano - 1° p. - St. 106 Orario: si riceve per appuntamento Tel.: 040 3997808 (per appuntamento)
Distretto 2	Salute anziani e residenze	Sede: via della Pietà, 2/1 Orario: da lunedì a venerdì dalle 9.00 alle 11.00 Tel.: 040 3992942 Fax: 040 3992931 uoa.dist2@ass1.sanita.fvg.it
	Punto unico integrato	Sede: via Locchi, 27 Orario: martedì e venerdì dalle 9.00 alle 12.00 Tel.: 040 6758640
	Centro per la diagnosi delle demenze	Sede: via della Pietà, 2/1 – presso Osp. Maggiore – 2° p. – st. 231 Orario: da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle 12.00 Tel.: 040 3992938
Distretto 3	Salute anziani e residenze	Sede: via Valmaura, 59 Orario: Tel.: 040 3995829 - 040 3995900 Fax: 040 3995830 dist3.valmaura@ass1.sanita.fvg.it
	Punto unico integrato	Sede: via Valmaura, 59 stanza 6 Orario: martedì e venerdì dalle 9.00 alle 12.00 Tel.: 040 3995829
	Punto unico integrato Muggia	Sede: Via Roma 22 Orario: Mercoledì 9-11 Tel.: 040 271870 040 272890
	Punto unico integrato Dolina San Dorligo	Sede: Località Dolina 270 Orario: Giovedì 9-11 Tel.: 040-8329210
	Centro per la diagnosi delle demenze	Sede: via Valmaura, 59 - 1° p. - st. 6 Orario: da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle 12.00 Tel.: 040 3995900
Distretto 4	Salute anziani e residenze	Sede: via G. Sai, 7 Orario: da lunedì a venerdì dalle ore 8.00 alle 10.00 Tel.: 040 3997388 Fax: 040 3997461 anziani.dist4@ass.sanita.fvg.it
	Punto unico integrato	Sede: via Pascoli, 35/1 Orario: martedì e venerdì dalle 9.00 alle 12.00 Tel.: 040 6780731
	Centro per la diagnosi delle demenze	Orario: da lunedì a venerdì, accoglienza dalle ore 8.00 alle 10.00 Sede: via Sai, 7 - Comprensorio S. Giovanni - 1° p. - st. 127-125 Tel.: 040 3997611 - 040 3997388

9. Terzo settore

Per l'attuazione del presente Piano della domiciliarità diventa fondamentale la compartecipazione e la collaborazione da parte di tutti i soggetti del Terzo settore che operano a favore e a sostegno della domiciliarità.

Le azioni sinergiche di integrazione tra la rete dei servizi socio- sanitari e il sistema della domiciliarità vengono rafforzate dalla collaborazione e messa in rete delle iniziative progettuali delle reti solidaristiche, che in risposta ai bisogni delle persone arricchiscono e completano l'offerta dei servizi.

Al fine del rafforzamento della rete di domiciliarità, le associazioni del Terzo Settore danno la disponibilità a consolidare il loro ruolo di "sensori dei bisogni" e di "soggetti di prossimità" a sostegno delle persone fragili che affrontano problemi relativi alla solitudine e alla carenza di legami e di reti di relazioni che le rendono maggiormente a rischio.

A tal proposito, di notevole rilevanza è la guida " Come rimanere a casa propria da anziani", redatta dalla Comunità di S. Egidio, che dal 1992 a Trieste si affianca a tanti anziani rendendo possibile la loro permanenza a casa.

La guida è consultabile al seguente link:

http://www.pariopportunitaduno.it/images/documenti/come_triESTE_2013_web.pdf.

10. Le metodologie

10.1 Presa in carico di persone con modalità d'urgenza

Vengono confermati gli impegni riguardanti gli interventi di presa in carico di persone con modalità d'urgenza, inquadrabili nei "servizi di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari" di cui all'art. 22 della L 328/00, comma 4, lett. b e all'art. 6 comma 2, lett. d della LR 6/2006. In Ambito 1.2, il servizio è denominato "**Pronto intervento domiciliare**", ed include azioni di sostegno a persone con difficoltà rilevanti, insorte acutamente ed imprevedibilmente, richiedenti misure tempestive e di immediata efficacia finalizzate a contrastare l'istituzionalizzazione, l'aggravamento, la cronicizzazione.

Strumenti operativi utilizzati per l'Ambito 1.2: scheda di segnalazione PID, guida pratica PID, verbale dell'unità di valutazione, scheda piano contratto assistenziale. Si dà atto che gli strumenti operativi sopra richiamati, già allegati al protocollo per l'integrazione sociosanitaria dell'area anziani sottoscritto in data 21/04/2010, verranno rivisti nell'ambito della programmazione attuativa annuale per l'anno 2014 del Piano di Zona da parte del gruppo tecnico provinciale Ambiti/ASS richiamato in premessa.

Ambiti 1.1 e 1.3: il Servizio Sociale interviene tempestivamente facendo riferimento ai propri servizi e altre risorse disponibili nonché alle risorse del territorio.

10.2 Presa in carico di persone con deficit cognitivo

Viene confermata l'attenzione al tema dell'assistenza alle persone con deficit cognitivo, per sviluppare programmi di assistenza con modalità innovative integrate anche al sostegno dei familiari, nella logica prioritaria della salvaguardia dei diritti del soggetto, del benessere dei familiari, della sussidiarietà (partecipazione della comunità), della sostenibilità, della doverosa formazione contestuale degli operatori.

10.3 Presa in carico di persone con patologia oncologica in fase terminale

Gli Ambiti e l'ASS si impegnano a consolidare le modalità di presa in carico congiunta delle persone con patologia oncologica in fase terminale che desiderano vivere l'ultima fase della propria vita a casa assieme ai propri familiari, dedicando attenzione particolare a realizzare adeguati percorsi formativi integrati per gli operatori.

10.4 Presa in carico di persone con malattia cronica o in fase terminale

Le malattie cronico degenerative rappresentano la principale causa di invalidità e morte nei paesi sviluppati. L'insieme di tali patologie croniche determina elevatissimi costi umani, sociali ed economici.

Il trattamento di tali condizioni è finalizzato al rallentamento della progressione di malattia, alla riduzione degli episodi di riacutizzazione, alla gestione dell'invalidità conseguente e, nelle fasi terminali, all'attenuazione dei sintomi mediante cure palliative.

Assumendo l'ospedale come sede di gestione dell'acuzie di malattia, le patologie cronico - degenerative hanno come luogo elettivo di cura il territorio, qualunque sia la dimora che il cittadino ha fatto propria (domicilio, residenza o altro).

Il personale dell'ASS1 e del SSC deve poter agire sinergicamente per contrastare la progressione di malattia in tutti i casi in cui questa si aggrava da determinanti sociali o economici. Cardine della gestione extraospedaliera del paziente con patologia di durata è la presa in carico multiprofessionale, che

consiste nella valutazione dei bisogni sanitari e socio assistenziali individuali, la creazione di un programma di cura personalizzato, l'allestimento di una rete di garanzia e tutela finalizzata al raggiungimento della miglior condizione di salute e benessere possibili.

Nella provincia di Trieste i luoghi di cura ed assistenza extraospedaliera delle persone con malattia grave ed evoluta sono il domicilio, le Residenze Polifunzionali, le Residenze protette, le residenze Sanitarie Assistenziali, l'Hospice.

In linea generale, il domicilio è il luogo di cura e assistenza più indicato per le persone con malattia di durata o in condizioni di terminalità. Più di ogni altro consente di preservare la dignità della persona, e di mantenere in essere la rete familiare.

10.5 Valutazione integrata

Vengono confermati gli impegni riguardanti i percorsi e le fasi di **valutazione integrata multidimensionale e multiprofessionale**, propedeutici alla presa in carico integrata degli anziani con problemi socio-sanitari complessi, attuati dall'unità di valutazione multiprofessionale (UVM)- composta da almeno un assistente sociale del Servizio Sociale dei Comuni (SSC) e un professionista sanitario del distretto che ha evidenza della situazione clinica della persona. Nelle situazioni di elevata complessità sanitaria l'UVM deve prevedere la presenza del Medico di Medicina Generale (MMG) e a necessità viene integrata da ulteriori figure professionali (esempio fisiatra, fisioterapista, geriatra, psicologo, psichiatra ecc). La valutazione integrata va intesa come lo strumento che, di fronte ad un bisogno complesso di assistenza, interviene con metodi di valutazione che inquadrano la persona e il suo contesto sotto molteplici aspetti e diverse dimensioni. E' un approccio che integra le diverse aree tematiche fondamentali che caratterizzano il profilo di funzionamento della persona ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale. Questa fase fondamentale della presa in carico consente l'individuazione della tipologia di servizio, struttura e intervento più appropriati a fronteggiare le esigenze della persona, orienta la formulazione del progetto personalizzato e predispone al coordinamento e all'integrazione tra interventi di carattere sanitario e interventi sociali. Si configura, inoltre, come un'operazione dinamica e continua che segue la persona nel suo percorso all'interno della rete dei servizi socio-sanitari e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione.

Richiede di osservare e valutare, in chiave prognostica (cioè di possibile evoluzione della situazione nel tempo) quattro macro dimensioni:

- quella socio-ambientale,
- quella clinico-organica,
- quella funzionale,
- quella della partecipazione della persona nel suo contesto di vita.

Strumenti operativi: lo strumento utilizzato per la valutazione multidimensionale e multiprofessionale per la presa in carico integrata è la **Val.Graf. - FVG 2012 versione essenziale** che sarà inserita nel sistema informatico da parte dell'infermiere, in attesa di password di autorizzazione agli assistenti sociali. L'indicatore della situazione economica equivalente sarà inserito in prima pagina nello spazio "commenti" a cura dell'assistente sociale. Al progetto sarà allegata la scheda Val.Graf relativa al profilo e ai bisogni della persona.

Tutte le persone prese in carico congiuntamente saranno inseriti, a cura del SSC, nel sistema informatico "Registro persone in presa in carico integrata". Periodicamente tali dati saranno trasmessi al Distretto.

10.6 Bisogno complesso

Stato soggettivo di carenza e/o perdita di equilibrio o di integrità bio psico sociale. Il bisogno diventa complesso quando richiede una risposta che coinvolge diverse dimensioni. La complessità del bisogno richiede "unitarietà" di azioni nei diversi livelli di intervento (tra soggetti istituzionali; tra soggetti professionali, tra i diversi attori che operano nel contesto socio ambientale: famiglia, ambiente sociale, comunità) e "continuità" di risposte nel tempo.

10.7 Progetto personalizzato

Viene confermato il progetto personalizzato, redatto sulla scorta di valutazioni multidimensionali, quale strumento fondamentale delle unità multiprofessionali integrate per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni. Alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato concorrono, infatti, diversi apporti professionali e non, in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse, secondo un criterio unitario di gestione.

La realizzazione del progetto personalizzato deve avvalersi dei servizi, interventi e di prestazioni integrate collegandole quanto possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona secondo il principio della sussidiarietà.

Deve inoltre assumere una funzione proattiva e spingersi a promuovere la realizzazione di contesti favorevoli al miglioramento del funzionamento sociale delle persone interessate.

Deve conformarsi costantemente a strategie di empowerment dei contesti e dei soggetti promuovendo l'autonomia e l'autodeterminazione di questi ultimi.

Il progetto personalizzato comprende e integra gli interventi professionali sociosanitari e le risorse della persona, della famiglia e della rete informale che possono contribuire alla risposta ai bisogni complessi (budget di progetto) e deve essere condiviso con la persona interessata e, qualora necessario con la sua famiglia o rappresentanti legali. Tale progetto esplicita gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, la tipologia e l'intensità degli interventi previsti, la durata, le risorse dedicate, i tempi e le modalità di verifica/monitoraggio e chi è il referente del progetto (case manager). Il progetto personalizzato viene sottoscritto dagli operatori coinvolti, dalla persona e/o dalla sua famiglia o dal legale rappresentante.

I progetti personalizzati nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria possono prevedere una componente finanziaria: il budget individuale di salute o budget di progetto. E' formulato in sede di UVM, condiviso con l'assistito, o con chi ne fa le veci, e il suo medico curante per problemi di elevata complessità.

10.8 Budget di salute⁸

I budget di salute possono essere uno strumento importante per riconvertire/riqualificare, la spesa sanitaria e sociale privilegiando gli interventi domiciliari per evitare/ridurre processi di istituzionalizzazione.

Il Budget di salute richiede un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute e benessere della persona, caratterizzato da un intreccio molto stretto e sinergico tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie. I soggetti della comunità co progettano, cofinanziano e cogestiscono un sistema di tutela e

⁸ Piano di Zona 2013 – 2015 – Obiettivo 4.7 – Modalità innovative di finanziamento dei Budget di salute

promozione del benessere delle persone e delle comunità locali, orientato verso i determinanti socioeconomici ed ambientali della salute ed integrato con i modelli di sviluppo locale.

Si può dire in sintesi che il budget individuale di salute si presenta come lo strumento di finanziamento innovativo, che riguarda le forme contrattuali nel rapporto tra pubblico e privato sociale, che permette di sostenere i progetti personalizzati, tenendo conto e coinvolgendo tutti gli attori e le possibili risorse che sono in gioco, trasformando i costi assistenziali in investimenti produttivi e favorendo una razionalizzazione della spesa sanitaria e sociale, in un'ottica di riconversione, ottimizzazione e redistribuzione delle risorse.

Il budget di salute rappresenta quindi, l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un processo volto a ridare alla persona un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano l'utente stesso, la sua famiglia e la sua comunità; lo strumento forte per la presa in carico integrata che favorisce la riorganizzazione delle risorse spostando il focus dalla struttura alla persona e rimarcandone la sua centralità in termini di bisogno e risorse.

10.9 Continuità assistenziale

La continuità assistenziale va intesa come un processo atto a garantire assistenza continuativa e coerente al cittadino, nel momento di passaggio tra i diversi ambiti e livelli di erogazione delle cure e dell'assistenza, utilizzando un approccio multidimensionale ed una presa in carico globale secondo una visione solistica del bisogno di salute e dell'utente stesso.

Nel suo processo si declina in tre grandi categorie:

informativa: si riferisce al passaggio di informazioni tra i professionisti sanitari e sociali e tra i diversi setting realizzando una rete di rapporti interprofessionali e una condivisione degli strumenti informativi utilizzati;

gestionale: si intende la gestione dell'assistito per quanto concerne prettamente la continuità delle cure cliniche, assistenziali e riabilitative;

relazionale: si riferisce alla relazione che si instaura tra l'operatore e la persona.

In particolare, la continuità assistenziale va esercitata in raccordo con l'equipe domiciliare dell'assistito in caso di ricovero ospedaliero o di dimissione ospedaliera, attraverso una rivalutazione dei modificati bisogni assistenziali, al fine di predisporre un PAI che risponda ai nuovi bisogni dell'assistito. Per le persone che sono in carico o solo ai servizi distrettuali o solo al Servizio Sociale Comunale, in seguito al ricovero ospedaliero o in RSA poi devono essere prese in carico in maniera integrata da ambedue i servizi, ci deve essere una tempestiva segnalazione da parte di un servizio all'altro in tempo per effettuare una valutazione con conseguente PAI.

Il case manager ha il compito di facilitare il nuovo percorso di presa in carico. In caso di ricovero temporaneo in struttura o RSA il case manager continuerà ad essere il punto di riferimento per il cittadino ed avrà la regia del processo. In caso di ricovero non temporaneo, sarà cura del case manager confrontarsi con il nuovo case manager individuato tra le figure professionali che operano nella struttura.

10.10 Case Manager

Viene confermata la figura del case manager, quale professionista in grado di facilitare la realizzazione dei progetti, con funzioni di regia e coordinamento dell'equipe sul caso (punto di riferimento per tutti i soggetti coinvolti), curando, in particolare, il monitoraggio, le verifiche intermedie e la valutazione finale d'esito del progetto. Il case manager viene individuato, sulla base di criteri condivisi (scelta del cittadino, prevalenza dell'intervento e/o altro), tra i professionisti che compongono l'Unità multiprofessionale.

L'obiettivo del case manager è la gestione di progetti di presa in carico multiprofessionali e integrati rivolti a persone ad alta complessità assistenziale, favorendo la continuità delle cure, l'ottimizzazione delle risorse disponibili, la qualità della vita per il recupero dello stato di salute - benessere e dell'autonomia dell'individuo favorendo le condizioni idonee al mantenimento della persona nel proprio luogo di vita.

Svolge, inoltre, funzioni di raccordo con il volontariato formale ed informale e le risorse della comunità eventualmente coinvolte nel progetto personalizzato.

La sua funzione è di supportare l'utente nella gestione di tutti gli aspetti organizzativi associati alla permanenza della persona nei diversi nodi della rete dei servizi ed in particolare nel trasferimento da un servizio all'altro.

È richiesta al case manager una conoscenza approfondita delle reti sociali e la capacità di facilitare l'accesso alle risorse del sistema sociosanitario appropriate ai diversi bisogni della persona presa in carico. In tal modo, il case manager rappresenta un punto di sintesi dei servizi e nel contempo si pone anche come "sostenitore di reti".

11. I risultati attesi

Tra i risultati che si attendono dal presente Piano locale della Domiciliarità si individuano:

- diminuzione dei tempi di risposta all'utenza tramite un sistema informativo integrato.
- semplificazione delle procedure di accesso ai Servizi Sociosanitari territoriali
- miglioramento e potenziamento dei livelli organizzativi e operativi di integrazione sociosanitaria finalizzati alla presa in carico integrata assicurando la continuità assistenziale tra ospedale e domicilio e tra i diversi servizi sanitari e sociali
- miglioramento del sistema di accesso integrato ai servizi sociosanitari
- sviluppo di soluzioni innovative in ambito residenziale e domiciliare e relativo inserimento di persone anziane in soluzioni abitative innovative
- sviluppo della cultura della domiciliarità, sostegno alle famiglie che fungono da care givers per l'anziano in difficoltà
- accrescimento di iniziative di promozione della salute e un conseguente e crescente numero di anziani coinvolti in questi programmi di promozione
- un aumento del numero di prese in carico in maniera adeguata di persone affette da malattie di lunga durata e terminali.

= = = = =