



comune di trieste

Azienda per l'Assistenza Sanitaria **N°1 triestina**
Regione Friuli Venezia Giulia

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 dall'Azienda Sanitarie, 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.

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.

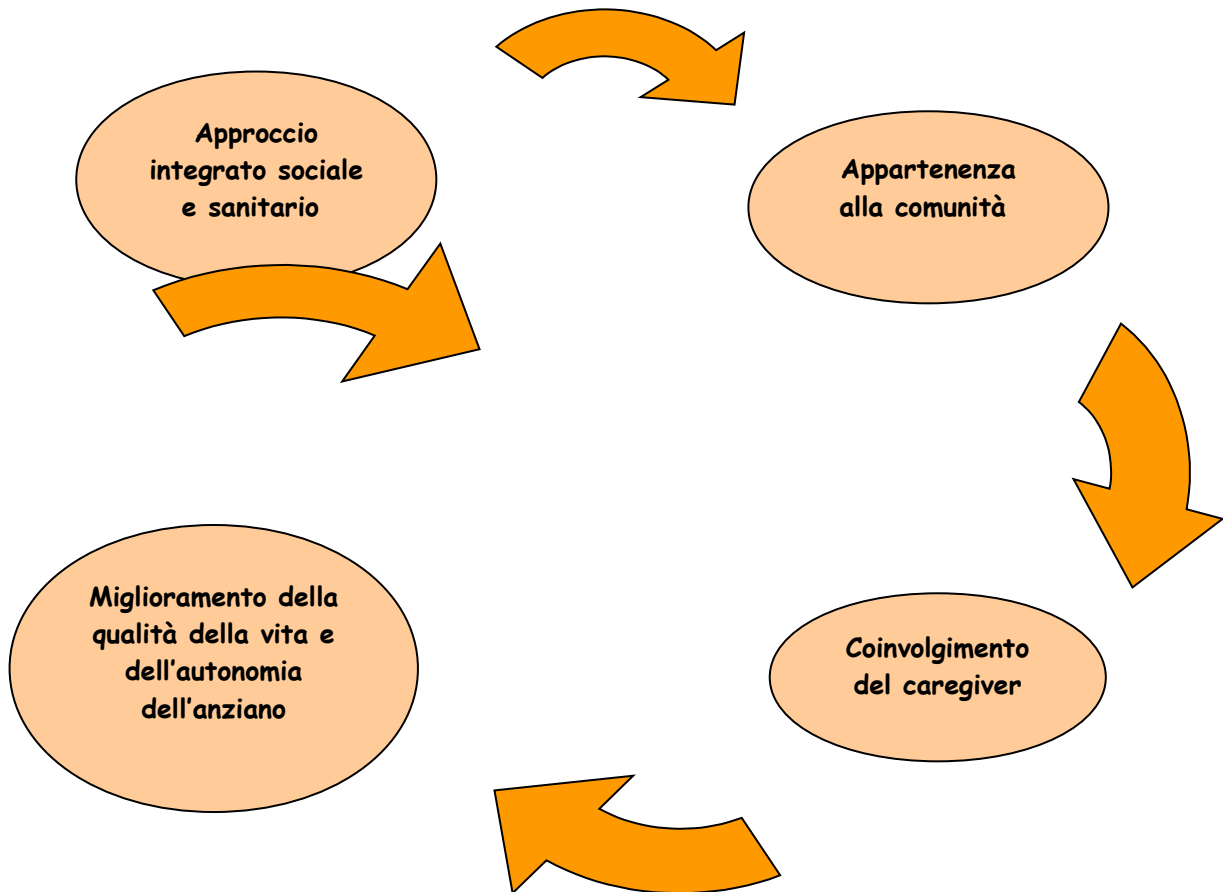
Il piano nasce dall'esigenza di definire un nuovo approccio per affrontare l'invecchiamento della popolazione. Un approccio integrato che affronti il problema del welfare, dell'abitare, del vivere, delle cure, dei servizi, superando il confine settoriale delle politiche sociosanitarie che fino ad oggi 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 e di situazione di non confinamento. 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.



1. 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.

1.1 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 64enni, 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

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

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.

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.

1.2 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.

2. Lo scenario socio-demografico del territorio dell'ambito 1.2 - Comune di Trieste

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.



Trieste è una città di medie dimensioni (206.772 al 31/12/2013) con una popolazione che continua a diminuire (207.800 al 31/12/2012), mentre la popolazione anziana è in costante aumento ed è costituita da 57.973 persone ultra sessantacinquenni che rappresentano il 28,04% della popolazione (il 27,77% nel 2012). La percentuale di questa fascia di popolazione è particolarmente elevata se confrontata a quella del resto del paese: in Regione Friuli Venezia_Giulia l'indice di invecchiamento è pari al 24%, mentre nel resto d' Italia è pari al 20,8%. Studi statistici effettuati dal Censis stimano che la popolazione italiana raggiungerà un indice di invecchiamento pari a quello triestino appena nel 2030.

Altro dato significativo: dei quasi 58.000 ultra 65enni ben 21.000 vivono da soli e di questi, 13.500 hanno più di 75 anni; vi sono 3.626 coppie di coniugi anziani(famiglia con due componenti) entrambi con età ≥ 75 ; gli ultracentenari al 31/12/2013 sono 149 (20 maschi 129 femmine)

Altro dato significativo è l'indice di vecchiaia (numero di ultrasessantacinquenni su 100 giovani da 0 a 14 anni): 248,80 %.

Nel Friuli Venezia Giulia 191,8 %, in Italia 151,14 %

Visto questo scenario demografico, il Comune di Trieste si è impegnato da anni a lavorare non solo per la presa in carico delle persone non autosufficienti, ma anche ad organizzare programmi di prevenzione della disabilità dell'anziano e di promozione di buoni stili di vita. Si sa che per l'anziano è maggiormente destabilizzante l'isolamento e la solitudine più di altri target di popolazione, per cui si è individuata nella prevenzione all'isolamento la finalità primaria dell'azione preventiva.

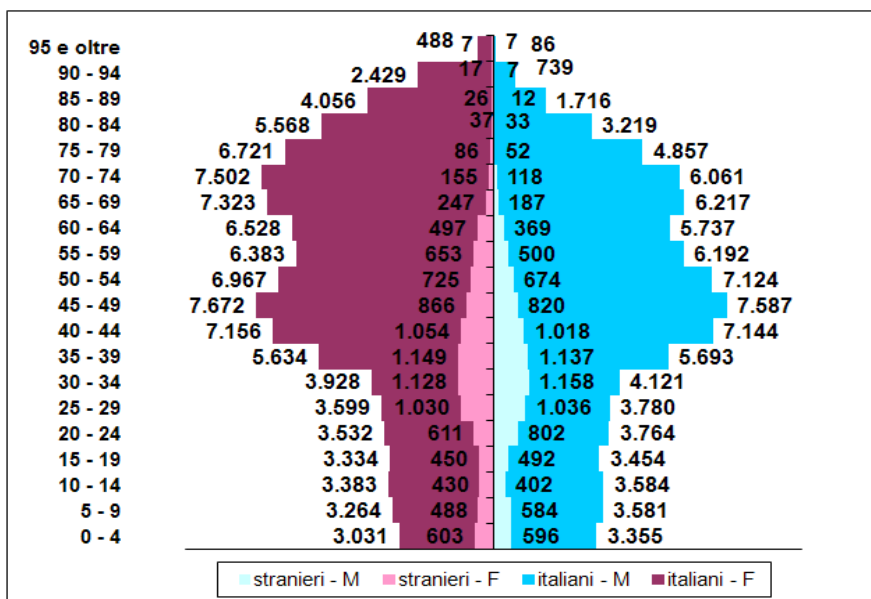


Tabella 1

Piramide per età

Fonte: elab. su dati delle anagrafe Comune di Trieste al 31/12/2013

Tabella 2

Anno	Popolazione ultracentenaria
2013	152
2012	141
2011	129
2010	133
2009	118
2008	105
2007	93
2006	88
2005	82
2004	59
2003	55
2002	55

Per quanto riguarda Trieste, al 31 dicembre 2013 gli ultracentenari erano 152. Come si vede dallo schema allegato, c'è un trend in continua e significativa crescita.

3. Finalità⁴ 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 (FAP) 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 non costituisce un requisito di accesso bensì un criterio per determinare l'eventuale compartecipazione al costo del servizio.

⁴ Il piano locale della domiciliarità. Azienda ULSS 12 Regione Veneto

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 livelli essenziali delle prestazioni sociali i servizi di aiuto alla persona per favorire la permanenza a domicilio di anziani, disabili e 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 locale⁶.

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. Attenzione è posta all'integrazione con i servizi domiciliari dei Servizi Sociali di Base e con il terzo settore.

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

⁶ Il piano locale della domiciliarità. Azienda ULSS 12 Regione Veneto

5. I servizi e le prestazioni socio assistenziali dell'ambito 1.2 - Comune di Trieste

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", in tal caso, con particolare riguardo alle condizioni di disabilità e di non autosufficienza.

Di seguito i servizi socio assistenziali rivolti principalmente agli anziani e alle persone non-autosufficienti Del Comune di Trieste. Ambito 1.2

5.1 Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

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

Consiste in un servizio di carattere socio assistenziale finalizzato alla prevenzione, mantenimento e sviluppo delle potenzialità che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione ed è rivolto a persone con disabilità, parzialmente autosufficienti (SAD) o non autosufficienti (ADI).

CHE COS'E'?	Servizi domiciliari di assistenza e cura della persona parzialmente non autosufficiente e non-autosufficiente, cura della persona, pulizia alloggi, pasti a domicilio, manutenzione alloggi. Si tratta di interventi socio-assistenziali di sostegno alla domiciliarità, fruibili singolarmente (tranne le manutenzioni) o in forma integrata.
COSA OFFRE?	Il SAD offre assistenza a domicilio a persone di tutte le età, principalmente anziani e disabili con limitazione dell'autonomia nello svolgimento dei compiti di vita quotidiana, problemi relazionali e di autogoverno, con prestazioni quali: <ul style="list-style-type: none">• interventi socio-assistenziali di cura alla persona con autonomia residua, da lunedì a sabato dalle 8 alle 14• pasti a domicilio 7 giorni su 7• pulizie di tipo straordinario o di mantenimento, a cadenza settimanale, quindicinale o mensile• manutenzione alloggi: lavori di tinteggiatura interna; lavori di riparazione degli impianti idraulici ed elettrici; piccole riparazioni di mobili, infissi e piccoli elettrodomestici casalinghi;• traslochi L'ADI offre assistenza a domicilio con interventi socio-assistenziali e di cura alla

	<p>persona non autosufficiente con problemi socio-sanitari complessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventi socio-assistenziali di cura della persona, 7 giorni su 7, dalle ore 7.00 alle ore 21.00 • cure infermieristiche • pasti a domicilio:pranzi e cene, diversificati nella quantità, qualità, giorno/mese a seconda delle esigenze degli utenti; fornitura giornaliera 7 giorni su 7 comprese le festività • pulizie di tipo straordinario o di mantenimento a cadenza settimanale o quindicinale • manutenzione alloggi • traslochi
A CHI E' RIVOLTO	SAD e ADI sono rivolti ai residenti del Comune di Trieste
COME ACCEDE?	<p>SI Tramite segnalazione allo Sportello Punto Unico Integrato Anziani o agli uffici del Servizio Sociale Comunale .</p> <p>La valutazione per la presa in carico in SAD è del Servizio Sociale Territoriale. Per l'ADI la valutazione compete all'UVM (unità di valutazione multiprofessionale) composta almeno da 1 assistente sociale del Servizio Sociale Territoriale e 1 professionista sanitario del Distretto di competenza.</p> <p>L'accettazione della domanda e l'attivazione dell'intervento avviene nel momento in cui è accertata la disponibilità delle risorse.</p>
QUANTO COSTA?	La contribuzione per gli interventi di tipo assistenziale varia a seconda della capacità economica della persona o del nucleo familiare, valutata in base alla normativa in vigore (ISEE)

SERVIZIO DOMICILIARITA'
 Servizi Domiciliari
 Tariffe 2014

TARIFE UTENZA

SERVIZI OFFERTI	Fascia A		Fascia B		Fascia C		Fascia D		Fascia E	
	da euro 0 a euro 5.000		da euro 5.001 a euro 7.500		da euro 7.501 a euro 10.000		da euro 10.001 a euro 12.600		oltre euro 12.600	
	0		5%		15%		25%		100%	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
ASSISTENZA ALLA PERSONA	0,00	0,00	0,60	0,60	1,81	1,82	3,02	3,04	12,09	12,16
SERVIZIO PULIZIE	0,00	0,00	0,60	0,60	1,81	1,82	3,02	3,04	12,09	12,16
SERVIZIO PASTI a domicilio	0,00	0,00	0,55	0,55	1,66	1,67	2,77	2,79	11,08	11,15

DOVE

Sportello Punto Unico Integrato Anziani dell'Unità Territoriale Sociale/Distretto Sanitario di appartenenza

Vedi allegato

5.2 PID - Pronto Intervento Domiciliare

CHE COS'E'?	Una risposta immediata e temporanea a bisogni emergenti provocati da un evento critico non prevedibile, che limita temporaneamente l'autonomia, per favorire la permanenza a domicilio con i servizi domiciliari comunali e del distretto sanitario, o la tutela temporanea presso una struttura comunale in modo tale da aiutare l'anziano e la famiglia a fronteggiare la crisi, a riorganizzarsi nel medio lungo termine, a prevenire la cronicizzazione e l'istituzionalizzazione permanente
COSA OFFRE ?	<p>Un progetto di presa in carico integrata per un periodo massimo di 3 mesi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi assistenziali di cura alla persona 7 giorni su 7, dalle 7 alle 21 • Interventi infermieristici • Pasti a domicilio 7 giorni su 7 • Pulizie <p>• Accoglimento temporaneo presso una struttura comunale.</p>
A CHI E' RIVOLTO?	Ultra 65-enni; eccezionalmente, in fase iniziale di prima tutela in vista di una continuità assistenziale, anche disabili o adulti a rischio di abbandono, salvo non siano già in carico ai servizi specifici. Malati oncologici terminali anche con progetti di presa in carico superiore ai tre mesi.
COME SI ACCEDE?	Su intervento valutativo e progettuale integrato dei servizi socio sanitari entro 24-48 h. dalla segnalazione ai Punti Unici Integrati
DOVE	<p>Sportello Punto Unico Integrato Anziani dell'Unità Territoriale Sociale/Distretto Sanitario di appartenenza</p> <p>Pronto Intervento domiciliare: la contribuzione per le prestazioni assistenziali a domicilio varia a seconda della capacità economica della persona o del nucleo familiare, valutata in base alla normativa in vigore (ISEE); essendo un intervento urgente, la prima settimana è gratuita, affinché i familiari abbiano il tempo di fare l'ISEE.</p>

SERVIZIO DOMICILIARITA'
 Servizi Domiciliari
 Tariffe 2014

TARIFE UTENZA

SERVIZI OFFERTI	Fascia A		Fascia B		Fascia C		Fascia D		Fascia E	
	da euro 0 a euro 5.000		da euro 5.001 a euro 7.500		da euro 7.501 a euro 10.000		da euro 10.001 a euro 12.600		oltre euro 12.600	
	0		5%		15%		25%		100%	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
ASSISTENZA ALLA PERSONA	0,00	0,00	0,60	0,60	1,81	1,82	3,02	3,04	12,09	12,16
SERVIZIO PULIZIE	0,00	0,00	0,60	0,60	1,81	1,82	3,02	3,04	12,09	12,16
SERVIZIO PASTI a domicilio	0,00	0,00	0,55	0,55	1,66	1,67	2,77	2,79	11,08	11,15

PID Ricoveri Temporanei:

Il pagamento viene calcolato in base al reddito dell'utente ed alle altre provvidenze assegnate anche se non fiscalmente imponibili (assegno di accompagnamento, pensioni di invalidità, ecc.) al netto delle spese mensili ricorrenti (affitto e utenze).

5.3 Centri diurni/Centri diurni di aggregazione

CHE COS'E'?	Si tratta di Servizi che soddisfano bisogni primari al di fuori dell'ambiente domestico e promuovono nel contempo la socialità. Possono fungere da supporto ed integrazione dei servizi domiciliari. Hanno come obiettivo quello di favorire l'anziano nella cura di sé e del proprio benessere psico-fisico-relazionale nonché quello di favorire spazi di incontro fra gli anziani e il proprio territorio
COSA OFFRE?	Pasti socializzati, igiene personale ; attività ludico ricreative, culturali, laboratori manuali, attività motoria ecc.
A CHI E' RIVOLTO?	A persone anziane residenti nel Comune di Trieste, in grado di muoversi autonomamente ed anche ad anziani fragili accompagnati.
COME ACCEDE?	<p>Si accede direttamente attraverso un accordo-contratto con il Centro diurno stesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Centro diurno M.Crepaz - Pro Senectute - via Valdirivo, 11 - tel.040 364154 ○ Centro diurno ITIS - via Pascoli, 31 - tel. 040 3736303 ○ Centro Diurno presso il Centro per l'Anziano - Via Marchesetti, 8/3 - tel 040 910252 ○ Sala villa Carsia - via S.Isidoro, 13 ○ Centro Anziani A.C.A.A.R. Marenzi - via dell'Istria, 102 -tel. 040 0640385 <p>L'accettazione della domanda di contributo avviene su valutazione del Servizio sociale Territoriale previo accertamento della disponibilità di risorse economiche a copertura dell'intervento.</p> <p>Certificazione ISEE</p>
DOVE?	Per informazioni Sportello Punto Unico Integrato Anziani dell'Ufficio Territoriale Sociale/Distretto Sanitario di appartenenza Vedi allegato

5.4 Attività di socialità e di Turismo sociale

CHE COS'E'?	Si tratta di un insieme di programmi, condivisi con le organizzazioni e le istituzioni che in città operano in questo campo, finalizzati a mantenere l'anziano socialmente attivo, fornendogli stimoli intellettuali, culturali e sociali, favorendo l'integrazione tra gli anziani e la città.
COSA OFFRE?	Soggiorni estivi marini e montani, gite giornaliere e vacanze in città, pranzi e feste in occasioni particolari, corsi di attività motoria, rappresentazioni teatrali e concerti, sostegno alla partecipazione agli eventi culturali e ricreativi cittadini mediante accompagnamento e contributi economici.
A CHI E' RIVOLTO?	Ad anziani residenti nel Comune di Trieste. Prioritariamente rivolto agli anziani in carico ai Servizi.
COME ACCEDE?	Rivolgendosi direttamente alle associazioni firmatarie del protocollo (vedi allegato). Per informazioni rivolgersi alle referenti della socialità presso gli Uffici Territoriali Sociali di appartenenza Vedi allegato UTS

5.5 Sportello per l'amministratore di sostegno

CHE COS'E'	<p>L'Area Servizi e Politiche Sociali del Comune di Trieste insieme con l'Associazione AsSostegno, ha aperto uno sportello di ascolto ed informazione, allo scopo di fornire alla cittadinanza una struttura di riferimento per l'istituto dell'amministratore di sostegno introdotto nel 2004 in seguito all'approvazione della Legge 6 del 9 gennaio 2004 che "ha la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo permanente."</p> <p>Si tratta in sostanza di una figura che ha la funzione di garantire un sostegno strutturato a quelle persone che, per effetto di una infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, dell'esercizio dei propri diritti: disturbati psichici, anziani della quarta età, handicappati sensoriali, alcolisti, tossicodipendenti, soggetti colpiti da ictus, malati ecc..</p>
COSA OFFRE?	<p>il supporto tecnico e giuridico agli amministratori di sostegno, a coloro che intendono offrire la loro disponibilità ad assumere tale funzione e per la consulenza alle persone fragili, alle loro famiglie, agli operatori del Servizio sociale dei Comuni.</p>
A CHI E' RIVOLTO?	<p>A tutta la cittadinanza</p>
COME SI ACCEDE?	<p>Via S.Francesco 6(I piano) lunedì,martedì,giovedì,venerdì dalle 10.00 alle12.00</p> <p>Via Coroneo 13, presso la sede dell'Ufficio del Giudice di pace, mercoledì dalle 9.00 alle 12.00</p> <p>Cell. 3454204449</p> <p>E-mail sportello@assostegno.it</p>

5. 6 Collaborazione con sportello Si.Con.Te.

CHE COS'E'?	La collaborazione con lo Sportello Provinciale Assistenti Familiari è nata in seno al progetto Home Care Premium 2012. In questo contesto è nata una collaborazione consolidata con lo Sportello Assistenti Familiari della Provincia di Trieste e l'Assessorato alle Pari Opportunità della regione Friuli Venezia Giulia, che ha portato alla predisposizione di un Elenco di persone fisiche che si sono registrate presso gli sportelli SiConTe. Nell'elenco vengono registrati i profili sia delle assistenti familiari già assunte dai beneficiari di contributo Home Care Premium, sia quelli di tutte le persone che si recano allo sportello per dare la propria disponibilità allo svolgimento dell'attività di assistenza familiare.
COSA OFFRE?	una risorsa qualificata da poter coinvolgere nell'attività assistenziale e di consulenza del Servizio Sociale Comunale. Il collegamento e la collaborazione con lo Sportello Provinciale Assistenti Familiari consentirà di migliorare la rete dei Servizi che necessariamente deve andarsi a creare attorno alle famiglie portatrici di bisogni connessi con la non autosufficienza, dal momento che la figura dell'assistente familiare sta assumendo sempre maggiore importanza nella rete delle risorse impiegate nel consentire la permanenza a domicilio delle persone fragili.
A CHI E' RIVOLTO	Ai familiari delle persone non-autosufficienti, agli operatori dei servizi socio-sanitari, agli amministratori di sostegno ecc. che necessitano di reperire un assistente familiare, stipulare un contratto o retribuire tramite voucher
COME SI ACCEDE	In questo contesto, auspicando una sempre maggiore collaborazione tra il Comune di Trieste e lo Sportello badanti, si è ipotizzato di concordare l'apertura di un accesso settimanale dello Sportello Assistenti Familiari presso la sede dell'Area Servizi e Politiche Sociali, in stretto contatto con lo Sportello Home Care Premium. Gli orari e le modalità di accesso verranno comunicati a breve.

6 I servizi socio sanitari

Il Decreto Legislativo 502/92 e s.m.i. “Riordino della disciplina in materia sanitaria” all’art. 3- septis stabilisce che : “si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le 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:

a. **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.

b. **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 SOCIOSANITARIE 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 anziani

CHE COS'E'?	Il Punto Unico 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 non autosufficienti. Lo sportello intende facilitare l’accesso alle risorse della rete dei servizi.
A CHI E' RIVOLTO?	Agli anziani e alle loro famiglie

COME SI ACCEDE?	Si accede in maniera autonoma, senza appuntamento, nella sede del Punto Unico Integrato Anziani U.T.S./DISTRETTO SANITARIO di appartenenza
QUANTO COSTA?	Il servizio offerto è gratuito
DOVE?	<p>PUNTO UNICO INTEGRATO ANZIANI Unità Territoriale Sociale 1 - DISTRETTO 1 Zone di riferimento: Roiano, Gretta, Barcola, Cologna, Scorcola, Altipiani Via Stock n.2 (Distretto sanitario n.1) 1° piano-stanza 109 - tel.040 3997852 Martedì e venerdì dalle 9 alle 12</p> <p>PUNTO UNICO INTEGRATO ANZIANI Unità Territoriale Sociale 2 - DISTRETTO 2 Zone di riferimento: San Giacomo, San Vito, Cittavecchia, Barriera Nuova, Città Nuova Via Pietà n. 2 - stanza 229 tel.040 3992942 Martedì e venerdì dalle 9 alle 12</p> <p>PUNTO UNICO INTEGRATO ANZIANI Unità Territoriale Sociale 3 - DISTRETTO 4 Zone di riferimento: Barriera Vecchia, Chiadino-Rozzol, San Giovanni Via Sai n.7- 1° piano stanza 128 tel.040/3997463 Martedì e venerdì dalle 9 alle 12</p> <p>PUNTO UNICO INTEGRATO ANZIANI Unità Territoriale Sociale 4 - DISTRETTO 3 Zone di riferimento: Valmaura, Borgo San Sergio, Servola, Chiarbola Via Valmaura 59 (Distretto sanitario n.3) 1° piano-stanza 109 - tel.040 3995829- 040 3995900 Martedì e venerdì dalle 9 alle 12</p> <p>In periodo estivo gli orari possono subire delle modifiche, si consiglia di consultare il sito www.retecivica.trieste.it</p>

6.1.2 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 anziane non-autosufficienti sulla base di programmi assistenziali personalizzati e finalizzati a migliorare la qualità della vita dell'anziano e della sua famiglia.
COSA OFFRE?	assistenza alla persona in base a programmi personalizzati igiene e cura della persona (anche bagni assistiti, manicure/pedicure, parrucchiere/barbiere pasti e colazione supervisione e somministrazione terapie farmacologiche interventi infermieristici animazione e interventi di riabilitazione
A CHI E' RIVOLTO?	Alle persone anziane non autosufficienti
COME SI ACCEDE?	Contattando direttamente le strutture. Centri Diurni convenzionati con L'Azienda Sanitaria che usufruiscono di un contributo regionale sono: ASP ITIS Centro Diurno per anziani non autosufficienti (Margherita) Via Pascoli, 31 - Trieste Tel. 040 3736303 CASA EMMAUS Centro Diurno Residenza protetta Via Italo Svevo, 34 - Trieste Tel. 040 3882111 CENTRO DIURNO IN...CONTRADA Via del Ponzianino, 16 - Trieste Tel. 040 772346 CENTRO DIURNO Presso il Centro per l'Anziano Via de Marchesetti, 8/1 - Trieste Tel. 040 912080
DOVE?	Sportello Punto Unico Integrato Anziani Vedi allegato

6.1.3 Ricoveri sollievo

COS'E'?	Accoglimenti temporanei nelle strutture per anziani per: favorire il sostegno alla cura domiciliare prevenendo situazioni di stress dei familiari, garantire inoltre una risposta concreta a necessità di alloggio temporaneo in situazioni di necessità (trasloco, pulizie straordinarie, lavori di manutenzione, allontanamento temporaneo di parenti, ecc.)
COSA OFFRE?	Accoglimenti temporanei da 5 a 45 gg. da prenotare non più di tre mesi prima
A CHI E' RIVOLTO?	A persone anziane autosufficienti e non autosufficienti
DOVE?	Presso residenze che assicurano condizioni assistenziali ed abitative ad anziani autosufficienti per i quali non risulti compromessa la capacità di condurre una vita autonoma: Casa Serena, ,Residenza Valdirivo, Casa Famiglia Mater Dei. Residenza protetta che assicura assistenza sanitaria adeguata per persone non autosufficienti: Residenza protetta ITIS
COME SI ACCEDE?	Telefonare alla struttura individuata, compilare la richiesta indicando il periodo prescelto, attendere la visita di valutazione e nulla osta, pagare la retta secondo le modalità indicate dalla struttura. Casa Serena -Via De Marchesetti 8/1 Gestore Comune di Trieste Tel. 040 912080 Casa_Riposo_Serena_Bartoli@comune.trieste.it Residenza Valdirivo - Via Valdirivo 11 Gestore A.S.P. Pro Senectute Tel.040 365110 info@prosenectutets.it Casa Famiglia.Mater Dei - V.le R.Sanzio 3 Gestore Mater Dei (Privata Sociale) Tel.040 53580 Mater.dei@tiscali.it Residenza protetta ITIS - Via Pascoli 31 Gestore A.S.P. ITIS Tel. 040 3736303 segretariatosociale@itis.it

6.1.4 FAP Fondo per l'Autonomia Possibile

COS'E'?	<p>La Regione Friuli Venezia Giulia con la Legge 6/2006 all'art.41 istituisce il Fondo per l'Autonomia Possibile e per l'assistenza a lungo termine, rivolto a 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.</p> <p>Gli interventi finanziati con il FAP sono finalizzati a rafforzare il sostegno pubblico all'area della non autosufficienza e favorire la permanenza delle persone non autosufficienti al proprio domicilio, sostenendo le famiglie anche favorendo la scelta di forme assistenziali personalizzate e attivando o potenziando la rete di assistenza domiciliare integrata.</p>
COSA OFFRE?	<p>Alle persone anziane il FAP offre le seguenti tipologie di intervento:</p> <p>a) Assegno per l'Autonomia (APA); è un intervento economico avente lo scopo di rendere possibile e sostenibile l'accudimento a domicilio delle persone in condizione di grave non autosufficienza;</p> <p>b) Contributo per l'Aiuto Familiare; è un beneficio economico previsto allo scopo di sostenere le situazioni in cui ci si avvale dell'aiuto di addetti all'assistenza familiare per l'accudimento delle persone in condizione di non autosufficienza.</p>
A CHI E' RIVOLTO?	<p>L' Assegno per l'Autonomia (APA) è rivolto a:</p> <p>persone di età pari o superiore a 65 anni in condizioni di non autosufficienza connotata dalla perdita di almeno 2 Attività per la Vita Quotidiana .</p> <p>L'intervento va rendicontato per almeno il 50% dell'importo concesso.</p> <p>Il Contributo per l'Aiuto Familiare (CAF) è rivolto a persone di età pari o superiore a 65 anni in condizioni di non autosufficienza che si avvalgono dell'aiuto di un assistente familiare assunto direttamente dagli assistiti o dalle loro famiglie, con regolare contratto per almeno 20 ore alla settimana; gli addetti all'assistenza possono essere messi a disposizione anche da agenzie interinali.</p>
COME SI ACCEDE?	<p>Tutti i benefici sono disposti dall' Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) che mette a punto un Progetto Personalizzato condiviso con l'assistito e/o con chi ne fa le veci.</p> <p>I requisiti per l'ottenimento dei contributi sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ISEE non superiore a euro 30.000,00 (va presentata l'apposita dichiarazione). 2. Perdita di almeno 2 Activities of Daily Living (ADL) Attività per la Vita Quotidiana. <p>Il Contributo per l'Aiuto Familiare richiede inoltre la presentazione di un regolare contratto di lavoro dell'assistente familiare per un numero di ore settimanali non inferiore a 20.</p> <p>I benefici previsti dal FAP non possono essere attivati senza un progetto personalizzato sottoscritto da parte dell'interessato o da chi ne fa le veci e comunque decorrono dal primo giorno del mese successivo all'accertamento della disponibilità di budget.</p>
DOVE?	<p>Punto unico integrato anziani dell 'Ufficio Territoriale Sociale/Distretto sanitario di appartenenza allegato</p>

6.1.5 Home Care Premium per i dipendenti pubblici⁷ (Comune di Trieste, AAS e INPS)

CHE COSA E'?	Un progetto INPS - Credito e Welfare Dipendenti Pubblici (ex InPdap) che sostiene la domiciliarità delle persone non autosufficienti attraverso prestazioni e interventi, economici e di servizi, afferenti alla sfera socio assistenziale, anche in un'ottica di prevenzione della non autosufficienza e del decadimento cognitivo. Oltre all'erogazione di interventi assistenziali diretti, il progetto intende sostenere la comunità degli utenti nell'affrontare, risolvere e gestire le difficoltà connesse allo status di disabilità e non autosufficienza proprio o dei propri familiari, attraverso il concorso di intervento pubblico, intervento della famiglia e valorizzazione del ruolo del terzo settore e di ogni altra risorsa sociale disponibile
COSA OFFRE?	Offre due tipologie di prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • Contributi (graduati in base all'Isee ed alla percentuale di non autosufficienza) a sollievo delle spese documentate per assistenti familiari. • Prestazioni integrative (accessi ai centri diurni convenzionati con AAS1 con trasporto, ore di assistenza, pasti a domicilio, pulizie, supporti domotici, interventi economici in favore di soggetti non autosufficienti residenti presso strutture residenziali per i quali sia valutata l'impossibilità di assistenza domiciliare...)
A CHI E' RIVOLTO?	Hanno diritto alla prestazione i soggetti non autosufficienti rientranti nelle seguenti categorie: <ul style="list-style-type: none"> • i dipendenti e pensionati utenti dell'Inps Gestione Dipendenti Pubblici (ex INPDAP) anche per effetto del DM 45/2007; • i loro coniugi conviventi; • i loro familiari di primo grado; • i giovani minorenni orfani di dipendenti o pensionati pubblici <p>In ogni caso, i beneficiari devono essere residenti nel territorio di uno dei soggetti che abbiano stipulato una convenzione con Inps Gestione Dipendenti Pubblici (Ambiti Territoriali Sociali e analoghi raggruppamenti di Comuni, Aziende Sanitarie, Regioni)</p>
COME ACCEDE?	SI Per accedere alla prestazione bisogna attendere la pubblicazione del bando annuale e presentare domanda esclusivamente in via telematica
DOVE?	Per informazioni: Sito www.inps.it Sportello Home Care Premium Tel. 040 6754617 Via Mazzini, 25 - Trieste Martedì e giovedì dalle 10.00 alle 12.00

⁷ www.inps.it, aggiornato al 10.03.2014

6.1.6 Progetto AMALIA, TELEFONO SPECIALE e AGENDA FARMACI

CHE COS'E'?	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.																
COSA OFFRE?	<p><u>Amalia</u> si concentra sulla ricerca attiva delle persone sole e in prevalenza anziane;</p> <p><u>Telefono Speciale</u> 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?	Il servizio si rivolge a tutti i cittadini 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.																
COME SI ACCEDE?	Numero verde gratuito attivo 24 ore su 24 (Telesoccorso e Progetto Amalia) 800-544 544																
QUANTO COSTA?	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)																
DOVE?	<p>È necessario rivolgersi alla Struttura Salute Anziani e residenze del Distretto di appartenenza.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Telefono</th> <th>Distr. 1</th> <th>Distr. 2</th> <th>Distr. 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(7808)</td> <td>(2942)</td> <td>(5900)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(7463)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Oppure presso i Punti Unici Integrati anziani del Comune di Trieste- AAS 1 allegato</p>	Telefono	Distr. 1	Distr. 2	Distr. 3						(7808)	(2942)	(5900)		(7463)		
Telefono	Distr. 1	Distr. 2	Distr. 3														
	(7808)	(2942)	(5900)														
	(7463)																

6.1.7 Teleassistenza e telesoccorso

CHE COS'E'?	La teleassistenza è un servizio della Regione. 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 di attivare una risposta tempestiva e adeguata al bisogno.
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 gestione del servizio è a cura di TESAN TELEVITA SRL, con sedi a Udine e a Trieste. 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 E' comunque possibile ricevere informazioni presso i Punti Unici Integrati. La domanda va presentata al Distretto Sanitario di appartenenza
QUANTO COSTA?	Il servizio è gratuito o semigratuito in base al reddito.

6.2 PRESTAZIONI AD ALTA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

6.2.1 Centro per la diagnosi dei disturbi cognitivi (CDDC)

CHE COS'È?	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 RIVOLTO?	È 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).
COME 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?	È presente un CDDC presso ogni Distretto sanitario di Trieste.

6.2.2 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

CHE COS'È??	L' ADI consiste in cure infermieristiche affiancate da interventi congiunti del Medico di Medicina Generale oppure da operatori dei servizi sociali dei Comuni
COSA OFFRE?	Gli operatori 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, mobilizzazione, alimentazione, ...) e nella gestione domestica (pulizia, manutenzione, ...). L'assistenza infermieristica domiciliare è attiva 7 giorni su 7 per 12 ore al giorno.
A CHI È 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.
COME 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 o dal Pediatra Di Libera Scelta, dagli operatori dei distretti sanitari e dagli operatori sociali dei Comuni della Provincia e dal Servizio di Emergenza Sanitaria 118.
DOVE?	Presso ogni Distretto sanitario di Trieste

7. Servizi e prestazioni sanitarie

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 sviluppo.

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: <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?	È necessario rivolgersi al Distretto di appartenenza.

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@aes1.sanita.fvg.it
	Punto unico integrato	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@aes1.sanita.fvg.it
	Punto unico integrato	Distretto Sanitario 2 via Pietà' 2/1, stanza 229 Orario: martedì e venerdì dalle 9.00 alle 12.00 Tel.: 040 3992942
	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@aes1.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@aas.sanita.fvg.it
	Punto unico integrato	Sede: via G.Sai, 7 - stanza 128 Orario: martedì e venerdì dalle 9.00 alle 12.00 Tel.: 040 3997463
	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

8. 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 in risposta ai bisogni delle persone e delle famiglie.

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 rischio⁸.

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 in rete civica Comune di Trieste al seguente link:

<http://sociale.comune.trieste.it/come-rimanere-a-casa-propria-da-anziani>.

⁸ PIANO LOCALE PER LA DOMICILIARITA'. Azienda ULSS 17 - Regione Veneto

9. Le metodologie

9.1 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 (allegato 4.1), guida pratica PID (allegato 4.2), verbale dell'unità di valutazione (allegato 4.3), scheda piano contratto assistenziale (allegato 4.4). 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/AAS 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.

9.2 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 a 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.

9.3 Presa in carico di persone con patologia croniche o in fase terminale

Gli Ambiti e l'AAS 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.

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.

9.4 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 inquadrino 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 predispose 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 (allegato 2.1). 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" (allegato 2.2). Periodicamente tali dati saranno trasmessi al Distretto.

9.5 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.

9.6 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.

Strumenti operativi: scheda di progetto personalizzato di presa in carico integrata Ambito 1.2 (allegato 3.1), linee operative per gli Ambiti 1.1 e 1.3 (allegato 3.2), scheda progetto personalizzato Ambito 1.1 (allegato 3.3), modulo domanda bilingue Ambito 1.3 (allegato 3.4), scheda progetto personalizzato Ambito 1.3 (allegato 3.5), scheda valutazione bisogno risorse (allegato 3.6)

9.7 Budget di salute

Il Budget di salute è uno strumento dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 "Triestina" rivolto a persone in carico alle Strutture semplici e complessi dei Distretti che presentano problematiche complesse per le quali è indispensabile fornire interventi di sostegno per la ripresa delle funzionalità bio-psico-sociali. Il Bds è rivolto anche a persone anziane che richiedono prestazioni sanitarie e sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica.

Il BdS è finalizzato a promuovere effettivi percorsi terapeutici e riabilitativi individualizzati volti alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite e di rischio psico-sociale, anche attraverso il sostegno attivo all'accesso ed al mantenimento dei diritti⁹.

Il budget si concretizza in un contributo economico diretto nei confronti di una persona per perseguire gli obiettivi previsti nel BdS.

9.8 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 olistica 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,

⁹ Regolamento "I Budget individuali di salute dei Distretti Sanitari dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina"

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.

9.9 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 socio-sanitario 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".

10. 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 (*ob PDZ 2013/15 4.6*)
- miglioramento del sistema di accesso integrato ai servizi sociosanitari (*ob PDZ 2013/15 4.1*)
- sviluppo di soluzioni innovative in ambito residenziale e domiciliare e relativo inserimento di persone anziane in soluzioni abitative innovative (*ob PDZ 2013/15 7.2.3*)
- sviluppo della cultura della domiciliarità, sostegno alle famiglie che fungono da care givers per l'anziano in difficoltà (*ob PDZ 2013/15 7.2.2*)
- accrescimento di iniziative di promozione della salute e un conseguente e crescente numero di anziani coinvolti in questi programmi di promozione (*ob PDZ 2013/15 7.1*)
- un aumento dei decessi a domicilio, in quanto luogo di cura e assistenza più indicato per le persone in condizione di terminalità. Nonché un incremento delle prese in carico integrate delle situazioni di terminalità. (*ob PDZ 2013/15 11.1.2*)
- un aumento del numero di prese in carico in maniera adeguata di persone affette da malattie di lunga durata (*ob PDZ 2013/15 11.1.1*)

SSC e Distretti sanitari :

- attivano percorsi di approfondimento conoscitivo delle condizioni sociosanitarie delle persone residenti nel territorio dell'ambito distrettuale e inserite in lista d'attesa per l'ingresso in una struttura residenziale per anziani;

- predispongono un piano integrato a sostegno della domiciliarità per le persone non autosufficienti contenente:

- ❖ interventi di sostegno alla famiglie che assistono in casa la persona non autosufficiente;
- ❖ interventi di formazione e di supporto ai care givers anche su tematiche di promozione della salute;
- ❖ modalità di erogazione degli interventi e dei servizi a favore della domiciliarità; x
- ❖ impiego di tecnologie di assistenza (servizi di e-care: telesoccorso e teleassistenza); x
- ❖ partecipazione di organismi privati a supporto della domiciliarità;
- ❖ azioni di promozione di interventi sperimentali che perseguono l'obiettivo di introdurre modelli organizzativi e gestionali innovativi in un ottica di "domiciliarità avanzata".
- ❖ Interventi di prevenzione degli incidenti domestici, garantendo il controllo e verifica

della sicurezza delle abitazioni, la sensibilizzazione della persona anziana sulle condizioni di rischio domestico

- sperimentano soluzioni innovative di risposta residenziale (es. utilizzo condiviso di civili abitazioni per favorire forme di convivenza per anziani soli...).

ALLEGATO PUNTI UNICI INTEGRATI

PUNTO UNICO INTEGRATO	ZONA DI RIFERIMENTO	ACCESSO
PUNTO UNICO INTEGRATO ANZIANI Unità Territoriale Sociale 1 - DISTRETTO 1	Zone di riferimento: Roiano, Gretta, Barcola, Cologna, Scorcola, Altipiani	Via Stock n.2 (Distretto sanitario n.1) 1° piano-stanza 109 - tel.040 3997852 Martedì e venerdì dalle 9 alle 12
PUNTO UNICO INTEGRATO ANZIANI Unità Territoriale Sociale 2 - DISTRETTO 2	Zone di riferimento: San Giacomo, San Vito, Cittavecchia, Barriera Nuova, Città Nuova	Via della Pietà n. 2 - stanza 229 tel.040 3992942 Martedì venerdì dalle 9 alle 12
PUNTO UNICO INTEGRATO ANZIANI Unità Territoriale Sociale 3 - DISTRETTO 4	Zone di riferimento: Barriera Vecchia, Chiadino-Rozzol, San Giovanni	Via G.Sai n.7 - stanza 128 Tel.040 3997463 Martedì e venerdì dalle 9 alle 12
PUNTO UNICO INTEGRATO ANZIANI Unità Territoriale Sociale 4 - DISTRETTO 3	Zone di riferimento: Valmaura, Borgo San Sergio, Servola, Chiarbola	Via Valmaura 59 (Distretto sanitario n.3) 1° piano-stanza 109 - tel.040 3995829- 040 3995900 Martedì e venerdì dalle 9 alle 12

In periodo estivo gli orari possono subire delle modifiche, si consiglia di consultare il sito www.retecivica.trieste.it dove si può anche consultare la UOT di appartenenza secondo il proprio indirizzo di residenza <http://sociale.comune.trieste.it/servizio-sociale-uot/quale-la-tua-uot/>

Indice

Il Piano Locale della Domiciliarità.....	2
Premessa.....	2
Introduzione.....	3
1. Lo scenario della salute della popolazione anziana in provincia di Trieste.....	6
1.1 Fattori di rischio per la salute.....	6
1.2 Fattori di protezione.....	7
2. Lo scenario socio-demografico del territorio dell'ambito 1.2 - Comune di Trieste.....	8
3. Finalità e destinatari.....	10
3.1 I destinatari.....	10
4. I soggetti del Piano e i livelli di responsabilità.....	11
5. I servizi e le prestazioni socio assistenziali dell'ambito 1.2 - Comune di Trieste.....	12
5.1 Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).....	12
5.2 PID - Pronto Intervento Domiciliare.....	15
5.3 Centri diurni/Centri diurni di aggregazione.....	17
.....	17
5.4 Attività di socialità e di Turismo sociale.....	18
5.5 Sportello per l'amministratore di sostegno.....	19
5.6 Collaborazione con sportello Si.Con.Te.....	20
6 I servizi socio sanitari.....	21
6.1 PRESTAZIONI SOCIALI A RILEVANZA SANITARIA.....	21
6.1.1 Il punto unico integrato anziani.....	21
6.1.2 Centri Diurni assistiti.....	23
6.1.3 Ricoveri sollievo.....	24
6.1.4 FAP Fondo per l'Autonomia Possibile.....	25
6.1.5 Home Care Premium per i dipendenti pubblici (Comune di Trieste, AAS e INPS).....	26
6.1.6 Progetto AMALIA, TELEFONO SPECIALE e AGENDA FARMACI.....	27
6.1.7 Teleassistenza e telesoccorso.....	28
6.2 PRESTAZIONI AD ALTA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA.....	29
6.2.1 Centro per la diagnosi dei disturbi cognitivi (CDDC).....	29
6.2.2 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).....	30
7. Servizi e prestazioni sanitarie.....	31
7.1 Servizio infermieristico domiciliare (SID).....	32
In sintesi... Dove, come e quando?.....	33
8. Terzo settore.....	35
9. Le metodologie.....	36
9.1 Presa in carico di persone con modalità d'urgenza.....	36
9.2 Presa in carico di persone con deficit cognitivo.....	36
9.3 Presa in carico di persone con patologia croniche o in fase terminale.....	36
9.4 Valutazione integrata.....	37
9.5 Bisogno complesso.....	38
9.6 Progetto personalizzato.....	38
9.7 Budget di salute.....	39
9.8 Continuità assistenziale.....	39
9.9 Case Manager.....	40
10. I risultati attesi.....	41
ALLEGATO PUNTI UNICI INTEGRATI.....	43

