

# **Corso di formazione per Amministratore di Sostegno**

## **Modulo ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

### **09 Aprile 2024**



**Docente: Dott.ssa Simona Pistolozzi**  
**Responsabile di Unità Funzionale**  
**Zona Pistoiese**

# CONTENUTI DEL MODULO

1. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO
2. LE RETI TERRITORIALI SANITARIE E LE RETI SOCIO SANITARIE E SOCIALI INTEGRATE
3. LA PRESA IN CARICO DEI CITTADINI. IL PERCORSO ASSISTENZIALE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E SOCIALE
4. LA RELAZIONE CON LA PERSONA, LA CURA E IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO
5. IL RUOLO DELL' ADS IN RELAZIONE ALLA PERSONA AMMINISTRATA E AI SERVIZI

# IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

## LEGGE Regionale n. 84 del 2015- Modifica della LEGGE Regionale. n. 40/2005

- Ha definito la nuova **Governance** sanitaria e socio-sanitaria in Toscana con il passaggio da 12 a 3 Aziende Sanitarie Locali e il mantenimento delle 3 Aziende Ospedaliere.
- Ha riorganizzato le **Zone Distretto** innovandone profondamente i compiti e la loro relazione con l'Azienda

Insieme dei principi, delle regole e delle procedure che riguardano la gestione e il governo di una istituzione

## La DELIBERA GIUNTA REGIONE TOSCANA n.269 del 2019

- Definisce l'evoluzione della Zona Distretto Società della Salute
- Negli accordi si formalizza la "Doppia Responsabilità" tra **DIPARTIMENTI AZIENDALI** e **ZONE DISTRETTO**

### DIPARTIMENTI

Hanno una responsabilità tecnico-professionale (Formazione, Qualità Professionale del Personale, Competenze, Offerta Standard dei servizi)

### ZONA DISTRETTO/SOCIETA' della SALUTE

Hanno la responsabilità del Percorso Assistenziale e della Operatività dei Servizi

# Le ZONE DISTRETTO

Rappresentano l'ambito territoriale ottimale di valutazione di bisogni e di organizzazione e erogazione di servizi inerenti le reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate e gestiscono la continuità e le risposte dell'integrazione sociosanitaria

Assieme ai Dipartimenti (es: Servizio Sociale,, Salute Mentale e Dipendenze) e ai Presidi Ospedalieri costituiscono una rete strutturata permanente

Coordinano le funzioni necessarie all'erogazione dei percorsi assistenziali definiti con i Dipartimenti dell'Azienda ma contestualizzandoli a livello di Zona



L'integrazione Sociosanitaria viene realizzata attraverso  
La SOCIETA' della SALUTE

## AZIENDA USL TOSCANA CENTRO



Azienda USL Toscana centro

# LE SOCIETA' della SALUTE

Istituite con la L.R. n 60/2008. Sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa Zona Distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, sociosanitarie e sociali integrate.

Prevedono la partecipazione degli Enti Locali alla programmazione e gestione dei servizi territoriali in materia socio-sanitaria

Garantiscono l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie dell'Azienda USL

Garantiscono l'integrazione delle attività socio-sanitarie e socio-assistenziali di competenza degli Enti Locali

## FUNZIONI:

- Definiscono i bisogni di salute della popolazione della SdS/Zona
- Organizzano la presa in carico e i percorsi assistenziali e delle cronicità, fragilità, e della complessità
- Organizzano i Servizi di Continuità tra Ospedale e Territorio e l'integrazione socio-sanitaria
- Si occupano della gestione dei presidi sanitari e socio-sanitari del territorio
- Si occupano della gestione delle attività dei servizi, degli interventi di sanità del territorio, socio-sanitarie e sociali

# MODALITA' DI GESTIONE E MATERIE DI COMPETENZA

## MODALITA' DI GESTIONE

La SdS provvede tramite le proprie strutture organizzative all'intero ciclo di organizzazione, produzione, ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività relative alle materie oggetto della gestione.

- Responsabilità gestionale diretta con trasferimento delle risorse al bilancio SdS
- Responsabilità gestionale indiretta con assegnazione delle risorse nel budget della Zona senza trasferimento al bilancio SdS
- Non rientranti nella governance diretta della SdS e senza trasferimento di risorse.

## MATERIE A GESTIONE DIRETTA DELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO:

- **Salute Mentale Adulti**
- **Dipendenze**
- **Commissioni Medico Legali I. 104 e I. 68**

## MATERIE A GESTIONE DIRETTA DELLE SOCIETA' DELLA SALUTE:

- **Punti Insieme e Segretariato Sociale**
- **Anziani non autosufficienti**
- **Disabili**
- **Continuita' Assistenziale Ospedale Territorio (ACOT)**
- **Materie Socio-Assistenziali**

# LE RETI TERRITORIALI SANITARIE E LE RETI SOCIOSANITARIE E SOCIALI INTEGRATE

DELIBERA Giunta Regione Toscana n. 269/2019

La Società della Salute e la Governance delle Reti Territoriali

**Definisce l'evoluzione delle Zone Distretto:**

- **Governance e programmazione delle SdS**
- **Budget di Zona**
- **Reti Territoriali**

**Fornisce indicazioni per l'implementazione della matrice organizzativa**

- **Livello Aziendale: definizione contenuti relativi a percorsi assistenziali**
- **Livello Zonale: definizione dei programmi da evidenziare nella programmazione Aziendale e Zonale**

Struttura organizzativa caratterizzata da un sistema di comando multiplo per funzioni e per prodotto/processo nella quale convivono funzioni gestionali (Zona) responsabilità di processo (Dipartimento)

**ZONE DISTRETTO**

**Competenze e Responsabilità**



**DIRETTORI SdS/ZONA DISTRETTO**  
**Aree di Responsabilità e attività'**

## Competenze

### ZONE DISTRETTO

- Organizzazione delle funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.
- Organizzazione e gestione della continuità e delle risposte territoriali dell'integrazione sociosanitaria compresi i servizi per la salute mentale, le dipendenze e non autosufficienza
- Governare i percorsi inerenti le cure primarie, la specialistica territoriale, l'attività dei consultori, la continuità assistenziale ospedale-territorio
- Governance istituzionale e partecipazione
- Programmazione annuale e pluriennale

### DIRETTORI Z/D

- Servizi Sociali e Sanitari della Zona/Distretto: assistenza territoriale, percorsi, assistenziali, livelli base di cittadinanza sociale
- Non Autosufficienza: L.R. 66/08 Servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali
- Disabilità: percorso di presa in carico , valutazione biopsicosociale, progetto personalizzato, budget di salute
- Tutela minori
- Gestione dei percorsi di cronicità
- Salute mentale e dipendenze
- Integrazione sociosanitaria per l'inclusione sociale nella lotta alla povertà e marginalità
- Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali definizione e responsabilità della loro contestualizzazione e implementazione
- Medicina Generale e Pediatria di Famiglia
- Continuità assistenziale

# RETI TERRITORIALI SANITARIE RETI SOCIOSANITARIE E SOCIALI INTEGRATE

- **SISTEMA A RETE** è un sistema formato da strutture e servizi organizzati sulla base di differenti livelli di intensità assistenziali in grado di rispondere alle problematiche legate alla cronicità così come a situazioni di fragilità e complessità sociale.
- **TEAM MULTIDISCIPLINARI:** il lavoro è basato su team multidisciplinari e multiprofessionali coordinati per garantire: equità di accesso, continuità delle cure, presa in carico del paziente cronico, innovazione dei percorsi assistenziali.
- **MODELLO a RETE:** ogni singolo servizio/professionista che fa parte della rete è un membro attivo di un'articolazione organizzativa nella quale ciascuno ha un ruolo specifico nella catena di produzione del valore (in termini di salute) della persona.

## Esempio di Rete Sociosanitaria Integrata:

Servizi per le persone anziane non autosufficienti

- **Unità di Valutazione Multiprofessionale**

# LA RIFORMA DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE N.77/2022 E LA DELIBERA DELLA REGIONE TOSCANA N. 1508/2022

## Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23/05/2022

“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale.”

LA RIFORMA RIDISEGNA SOPRATTUTTO FUNZIONE E STANDARD DEL DISTRETTO

### Gli Obiettivi

- Definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA.
- Facilitare l’individuazione delle priorità di intervento in un’ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche.
- Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l’integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.
- Disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.
- Allinearsi agli standard qualitativi di cura dei migliori Paesi europei.

## Delibera Regione Toscana , 1508 del 19/12/2022

“ La programmazione dell’assistenza territoriale in Toscana in attuazione del DM n. 77”

“Tenendo conto dei diversi modelli di governance adottati a livello nazionale, l’attuazione coordinata e integrata della Missione 5 e della Missione 6 intende condurre al rafforzamento dell’offerta territoriale, aggiungendo ulteriori livelli di integrazione strutturale e sistemica tra sanità, ambito sociosanitario e ambito sociale, qualificando le relazioni tra i diversi soggetti in Reti Territoriali Integrate, rafforzamento della presa in carico integrata “

### ATTRAVERSO:

- un disegno chiaro dei presidi territoriali che dovranno essere facilmente individuabili sul territorio, garantendo realmente una vicinanza alle persone;
- un’adeguata presenza sul territorio degli sportelli di accesso (PUA) che costituiscono uno dei livelli base di cittadinanza sociale e hanno la finalità di eliminare e semplificare i passaggi che la persona o i suoi familiari devono compiere per accedere ai servizi
- l’accessibilità a 360° non solo dal punto di vista dei diritti e delle pari opportunità ma anche della capillarità con cui dovrà diffondersi grazie al consenso da parte dell’intera comunità.
- la semplificazione dei percorsi di accesso e di erogazione delle cure e dei servizi;
- lo sviluppo di un welfare territoriale sistemico riconoscibile e identitario;
- la risposta H24, sia in campo sanitario che sociale e coinvolgendo tutte le professioni sanitarie;
- il collegamento tra i luoghi della residenzialità del territorio,
- L’ integrazione dell’ambito sanitario e ambito sociale nei vari percorsi di accesso, accoglienza, informazione, orientamento e presa in carico a livello territoriale,

# LA PRESA IN CARICO DEI CITTADINI. IL PERCORSO ASSISTENZIALE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E SOCIALE

## IL PERCORSO ASSISTENZIALE

“ è il risultato di una modalità organizzativa che assicura tempestivamente al cittadino, in forme coordinate, integrate e programmate, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari di zona e dei servizi ospedalieri in rete...”  
(L.R. 22/00 art. 2 §1 lett.m)

# il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e Sociale (PDTAS)

**PERCORSO:** è sia l'iter della persona dal suo accesso ai servizi, alla diagnosi, alla cura e all'assistenza sia l'iter organizzativo, ovvero le fasi e le procedure di presa in carico della persona stessa

**DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE:** è la presa in carico della persona assistita mediante la messa in atto di tutti quegli interventi multiprofessionali e multidisciplinari che ne conseguono.

**QUINDI...**

**Significa organizzare, in modo condiviso e coordinato, tra le strutture necessarie, l'assistenza di un gruppo specifico di pazienti in un contesto e la migliore sequenza temporale e spaziale delle attività di diagnosi, terapeutiche e assistenziali in un intervallo di tempo preciso**

**CHI**

**CHE COSA**

**QUANDO**



# PDTAS



- **Organizzazione.** Nei percorsi assistenziali i Dipartimenti della Azienda USL definiscono la qualità del percorso assistenziale e l'aggregazione delle professionalità coinvolte. Le Società della Salute contribuiscono a definire il percorso assistenziale e sono responsabili di “cosa si fa”
- **Risorse.** Per essere realizzati necessitano sia di risorse di tipo sanitario che di tipo sociale che devono essere coordinate ed armonizzate
- **L'Attività.** La valutazione multidimensionale e la presa in carico multidisciplinare

# L'ATTIVITA' DI SERVIZIO SOCIALE NELL'AREA SOCIOSANITARIA

## Le Unità di Valutazione Multidisciplinare

UVM ANZIANI	UVM DISABILITA'
Componenti stabili: Medico distretto, Infermiere, Assistente Sociale Componenti integrativi: Specialisti, MMG	Componenti stabili: Medico distretto, Assistente sociale Componenti integrativi: Neuropsichiatra, Specialisti nell'area sociale e sanitaria coinvolti nella valutazione, MMG e PDF, Infermiere professionale,
Processo di valutazione non autosufficienza	
• Accoglienza della domanda e espressione del bisogno	• Accoglienza della domanda e espressione del bisogno
• Valutazione e analisi del bisogno	• Valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno
• Valutazione in équipe e stesura del Progetto Assistenziale Personalizzato	• Definizione del Progetto di Vita e redazione del Profilo di Funzionamento
• Condivisione Progetto Assistenziale Personalizzato con la persona e/o familiari	• Condivisione Progetto Assistenziale Personalizzato con la persona e/o familiari
• Attuazione Progetto Assistenziale Personalizzato	• Attuazione Progetto Assistenziale Personalizzato
• Monitoraggio Progetto Assistenziale Personalizzato	• Monitoraggio Progetto Assistenziale Personalizzato

# ***MODALITA' DI ACCESSO E TIPOLOGIA DI SERVIZI E PRESTAZIONI***

## **MODALITA' DI ACCESSO AI SERVIZI E COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEI SERVIZI**

**L'accesso ai servizi e alle prestazioni è determinato dalla valutazione sociosanitaria effettuata dai professionisti che compongono le équipe di riferimento in base al percorso (UVM-UVMD etc) e dai criteri previsti dai Regolamenti delle Società della Salute.**

### **La compartecipazione.**

**Per i servizi e le prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali è prevista la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino in base alla propria situazione economica acquisita attraverso l'ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) .**

**Una volta definito il Progetto Assistenziale Personalizzato con le modalità e i criteri stabiliti per l'accesso viene calcolata la compartecipazione al costo. Per i Servizi Residenziali e Semiresidenziali (es. RSA, Centri Diurni) la retta è costituita dalla quota sanitaria per la quale NON è prevista compartecipazione e dalla quota sociale per la quale è prevista la compartecipazione in base all'ISEE.**

**Anche per le Prestazioni economiche l'importo viene calcolato e definito in base all'ISEE.**

## SERVIZI DI BASE

- Non residenziali: ambulatorio medico di base, segretariato sociale, servizi di prevenzione primaria, assistenza domiciliare.
- Semiresidenziali: centri diurni
- Residenziali: residenza sanitaria assistita, case alloggio, residenze protette, etc...

## SERVIZI DI TIPO SPECIALISTICO:

- Non residenziali: ambulatorio specialistico
- Semiresidenziali: strutture riabilitative
- Residenziali: Ospedale, Cure Intermedie, Hospice.

Organizzare un sistema di reti significa descrivere e concordare tra tutti gli attori/servizi i contenuti e le attività che costituiscono un percorso assistenziale che ha al centro la **PERSONA**

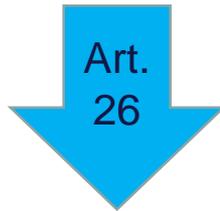
# TIPOLOGIA DI SERVIZI E PRESTAZIONI

SERVIZI	PRESTAZIONI
Servizi Residenziali temporanei (Anziani, Disabili, Minori)	Contributi ad integrazione del reddito Contributi specifici per famiglie e minori
Servizi Semiresidenziali (Anziani, Disabili, Minori)	
Assistenza Domiciliare diretta. Servizio finalizzato all'assistenza alla persona, cura dell'ambiente di vita e cura delle relazioni per soggetti in situazione di particolare fragilità ,in assenza di rete familiare o con rete familiare fragile e/o con relazioni conflittuali	Contributi per assistenza domiciliare indiretta. Il contributo si concretizza come rimborso alle spese sostenute per l'assistenza attraverso rapporto privato per le ore previste dal Progetto Assistenziale Personalizzato proposto dall'équipe di riferimento.
Servizi Educativi	Contributo per assistente familiare/badante con contratto a tempo parziale o a tempo pieno.
Servizi ed interventi a favore della marginalità	
Progetti specifici su fondi Regionali o su Fondi Sociali Europei presenti ed attivi di volta in volta. Soprattutto per l'area della Disabilità , sulla Continuità Assistenziale, Inclusione Sociale e Inserimenti Lavorativi	
Servizi e attività specifiche previste ed organizzate dai Territori afferenti alla Zona	

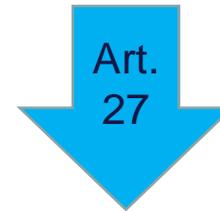
# LA RELAZIONE CON LA PERSONA, LA CURA E IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

IL RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE E LA PRESA IN CARICO DEI CITTADINI IN CONDIZIONE DI FRAGILITA' E/O IN CONDIZIONE DI PREGIUDIZIO

CODICE DEONTOLOGICO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI  
Titolo IV Cap. I artt. 26 e 27



**CENTRALITA' DELLA PERSONA**



**PRINCIPIO DI AUTODETERMINAZIONE**

# Art.26

**“L’assistente sociale riconosce la persona come soggetto capace di autodeterminarsi e di agire attivamente; impegna la propria competenza per instaurare una relazione di fiducia e per promuovere le potenzialità, l’autonomia e il diritto della persona di assumere le proprie scelte e decisioni, nel rispetto dei diritti e degli interessi legittimi degli altri”**

**PRINCIPIO BASE: ogni persona è competente ed esperta della propria esperienza di vita. Possiede risorse, potenzialità e capacità proprie.**

**FUNZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE: individuare, implementare queste risorse non proponendo soluzioni ma accompagnando la persona all’analisi del bisogno e alla costruzione del progetto attraverso un processo valutativo condiviso dove la persona è protagonista.**

# Art.27

**“L’assistente sociale riconosce che la capacità di autodeterminarsi della persona può essere ridotta a causa di condizioni individuali, socio-culturali, ambientali o giuridiche. In queste situazioni, promuove le condizioni per raggiungere il miglior grado di autodeterminazione possibile e, quando ciò non sia realizzabile, si adopera per l’adeguata segnalazione all’Autorità Giudiziaria affinché siano attivati gli opportuni interventi di protezione e tutela.”**

**PRINCIPIO BASE:** la difesa e tutela di coloro che non riescono ad autodeterminarsi e che potrebbero fare scelte rischiose per la loro e/o altrui incolumità o che non riescono ad esercitare pienamente i propri diritti.

**FUNZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE:** riconoscere quali siano le situazioni in cui sul diritto di autodeterminarsi prevale la necessità di mettere in atto azioni professionali a tutela della persona avendo cura di coinvolgerla, per quanto possibile, nella decisione.

# LA NORMA

In linea con il dettato della l. 6/2004 l'istituzione della figura dell'amministratore di sostegno si configura come uno strumento atto a tutelare e sostenere le persone prive in tutto o in parte di autonomia con la SPECIFICA RESPONSABILITA' DA PARTE DEI SERVIZI SOCIALI A COGLIERE IL BISOGNO, COLLABORARE ALLA COSTRUZIONE DI PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI AIUTO E AD ATTIVARSI PER PERMETTERE L'UTILIZZO DELL'ISTITUTO GIURIDICO QUALORA SUSSISTANO LE CONDIZIONI DA RENDERE OPPORTUNA L'APERTURA DEL PROCEDIMENTO

Nello specifico la norma obbliga al ricorso al Giudice Tutelare oppure alla segnalazione al P.M. "i Responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e nell'assistenza della persona ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento".

# INDIRIZZI METODOLOGICI PER L'UTILIZZO APPROPRIATO DELLO STRUMENTO NORMATIVO

**Ambiti di valutazione monoprofessionale:**

Sfera personale  
Ambito relazionale/familiare  
Ambito economico/patrimoniale  
Ambito abitativo  
Ambito delle autonomie

**Ricorso in urgenza:**

Eventuali eventi critici  
Indicatori di rischio/tutela  
Segnalazione di interventi in emergenza/urgenza

**Ambiti di valutazione multiprofessionale:**

Condizioni cliniche/patologie  
Disabilità fisiche o psichiche  
Decadimento cognitivo  
Dipendenze

**Le sei tappe del Modello ETHICS:  
(Bertotti/Fazzi/Rosignoli )**

Esplorare i fatti  
Pensare alle diverse opzioni  
Ascoltare i diversi punti di vista  
Identificare i principi etici implicati nella decisione  
Chiarire i significati che questi principi hanno per i soggetti coinvolti  
Scegliere l'azione da intraprendere

# **IL RUOLO DELL'ADS IN RELAZIONE ALLA PERSONA AMMINISTRATA E AI SERVIZI**

**Il Processo di presa in carico sopradescritto è, nello stesso tempo, un PERCORSO e un PRODOTTO che si realizza insieme alla persona e ai suoi familiari**

**Elemento imprescindibile e necessario è il**

**CONSENSO E L'ADESIONE AL PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO**

A partire dalla fase dell'accoglienza fino al monitoraggio del progetto la relazione con la persona ed i propri familiari deve essere improntata sulla fiducia e sulla trasparenza reciproca e deve tenere in considerazione le sue capacità, le caratteristiche, personali e culturali, la capacità di comprensione e di discernimento.

Definizione del progetto assistenziale e/o del progetto di vita significa definizione degli impegni reciproci, delle azioni da intraprendere, delle risorse impiegate o necessarie per attivare servizi e prestazioni. Il progetto è dinamico ed in quanto tale necessita di monitoraggio, rilettura e ridefinizione continua.

#### Aspetti da curare e attenzionare:

- La tenuta della **RELAZIONE** di fiducia
- L'acquisizione formale e sostanziale del **CONSENSO** al progetto di aiuto
- Il grado di **CONSAPEVOLEZZA** della propria condizione e dei propri bisogni
- L'**ADESIONE** al progetto concordato e condiviso

# I RAPPORTI CON L'AMMINISTRATO E I SERVIZI SOCIALI E SANITARI NEI PERCORSI ASSISTENZIALI

La figura dell'ADS si integra e si relaziona con i servizi nell'intero percorso di presa in carico della persona, in tutte le sue fasi.

- **ANALISI E VALUTAZIONE DEL BISOGNO**

Confronto e condivisione delle reciproche conoscenze in merito a:

Sfera familiare/relazionale

Sfera economico/patrimoniale

Condizioni abitative

Eventi critici

- **DEFINIZIONE DEL PROGETTO**

Analisi congiunta delle risorse materiali ed umane necessarie all'attuazione del progetto

Richiesta ed attivazione di risorse istituzionali (servizi/prestazioni)

Analisi e valorizzazione delle risorse della persona

Analisi e valorizzazione della rete di prossimità

- **ATTUAZIONE DEL PROGETTO:**

Attivazione delle risorse individuate per le rispettive competenze coinvolgendo la persona nelle attività tenendo conto delle autonomie, competenze e capacità individuali. Rispettandone la volontà, le attitudini e i desideri al di là della capacità di espressione.

- **MONITORAGGIO DEL PROGETTO:**

Collaborazione nelle verifiche, controllo e gestione della situazione personale e assistenziale con particolare attenzione al benessere psicofisico della persona e al mantenimento nel proprio ambiente di vita.

# ALCUNE CONSIDERAZIONI prima di salutarci...

- Il Progetto Assistenziale e il Progetto di Aiuto si inseriscono nel percorso di vita di persone fragili e vulnerabili
- L'Amministratore di Sostegno e l'Assistente Sociale sono due figure chiave per la buona riuscita del progetto stesso.
- Insieme colmano ed integrano le mancanze e le fragilità presenti in uno o più ambiti : nello svolgimento delle attività quotidiane, nella capacità, competenza ad attivare le risorse utili al miglioramento della propria condizione, nella cura delle relazioni e della socializzazione.
- Insieme operano per la rimozione o la riduzione degli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona e il miglioramento della qualità della vita



**THANK YOU!**