



**Conferenza dei Sindaci
Azienda U.L.S.S. n. 6 "Vicenza"**



PIANO DI ZONA 2011 – 2015

parte prima

Approvato dalla Conferenza dei Sindaci il 30 novembre 2010

Recepto con deliberazione del Direttore Generale n. 467 dell' 1.7.2011
Integrato con deliberazione del Direttore Generale n. 525 del 26. 7.2011

Direzione Servizi Sociali
Ufficio Piano di Zona

tel. 0444/752436 – 753112 fax 0444/752505 mail pdz@ulssvicenza.it sito www.ulssvicenza.it

Indice

Premesse	pag... 3
1. Il processo di costruzione dei piani di zona	
<i>Le modalità di avvio del piano di zona, la struttura organizzativa e l’attivazione dei processi partecipativi</i>	pag... 4
2. L’analisi	pag... 7
3. La definizione delle strategie di indirizzo e le scelte operative	pag... 10
3.1 Famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizione di disagio, giovani	pag... 10
A. Analisi del contesto	pag... 10
B. Le strategie di indirizzo per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 10
C. Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 18
3.2 Persone anziane	pag... 22
A. Analisi del contesto	pag... 22
B. Le strategie di indirizzo per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 23
C. Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 30
3.3 Disabilità	pag... 34
A. Analisi del contesto	pag... 34
B. Le strategie di indirizzo per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 35
C. Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 43
3.4 Dipendenze	pag... 48
A. Analisi del contesto	pag... 48
B. Le strategie di indirizzo per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 49
C. Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 52
3.5 Salute mentale	pag... 54
A. Analisi del contesto	pag... 54
B. Le strategie di indirizzo per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 55
C. Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 58
3.6 Marginalità sociale	pag... 60
A. Analisi del contesto	pag... 60
B. Le criticità e le strategie di indirizzo per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 60
C. Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 65
3.7 Immigrazione	pag... 67
Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 71
3.8 L’integrazione tra le aree di intervento	pag... 73
A. Analisi di alcune aree trasversali	pag... 74
B. Altri ambiti particolari	pag... 77
C. Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona	pag... 78
4. Il quadro delle risorse economiche per la prima annualità d’intervento (anno 2011)	pag... 80
5. Gli strumenti ed i processi di governo del piano di zona	pag... 82
6. Classificazione degli interventi (checklist)	pag... 85
7. Glossario dei termini e delle espressioni utilizzate	pag... 89
8. Programmazione locale dei p.l. di residenzialità extraospedaliera DGR 190/2011	pag... 92
Documento integrato con deliberazione n. 525 del 26.7.2011	

Allegato

Fattori di rischio prioritari nell’ULSS n. 6 Vicenza

Premesse

“... Il piano di zona 2011-2015 si sviluppa in coerenza con le nuove linee guida regionali per la programmazione locale di zona che introducono, tra le altre novità, una nuova modalità di raccordo tra la programmazione regionale e locale, nonché l’allungamento a 5 anni del periodo di validità del piano.

Il documento “piano di zona 2011-2015” racchiude l’esito del processo territoriale di programmazione e deve descrivere gli orientamenti strategici (priorità e politiche) e le scelte operative (azioni di intervento) relativi al sistema integrato degli interventi sociali e socio-sanitari del territorio. Fanno parte del piano di zona sia gli interventi consolidati, sia le azioni di potenziamento e di innovazione promosse nel territorio, includendo tutti gli interventi sociali e socio-sanitari, pubblici e privati, siano essi riferiti al territorio comunale, sovra comunale, distrettuale e all’intero ambito territoriale di riferimento dell’Azienda Ulss (Allegato A DGR 157 del 26/01/2010, paragrafo 2).

Tale documento è destinato alla cittadinanza del territorio, agli “addetti ai lavori”, ovvero tutti i soggetti pubblici e privati del territorio che intervengono nel sistema di welfare locale, nonché agli altri livelli di governance delle politiche sociali e socio-sanitarie, in primis la Regione. Il documento di programmazione locale è soggetto al visto di congruità regionale e deve pertanto svilupparsi in coerenza con le indicazioni strategiche ed operative contenute nei documento di indirizzo regionale, nonché con quanto previsto nelle linee guida per la stesura dei piani di zona....”

“...I nuovi piani di zona si presentano con la duplice veste di consentire la verifica dell’esistente e proporre interventi innovativi; rappresentano quindi il momento nel quale verificare se quanto programmato è stato realizzato e indurre gli attori a definire il loro intendimento, richiedendo al territorio uno sforzo nell’individuare obiettivi generali a medio termine e nel programmare, per quanto oggi possibile, gli interventi del prossimo periodo...” “...Sulla base del quadro strategico e politico definito, ciascun territorio programmerà puntualmente soltanto le azioni oggi prevedibili con le risorse economiche disponibili, lasciando i margini per poter integrare e modificare la programmazione nei successivi momenti di revisione, in base agli eventuali cambiamenti sociali, politici ed economici intervenuti.”

Tratto dalla DGR n. 2082 del 3 agosto 2010

1. IL PROCESSO DI COSTRUZIONE DEI PIANI DI ZONA

Le modalità di avvio del piano di zona, la struttura organizzativa e l’attivazione dei processi partecipativi

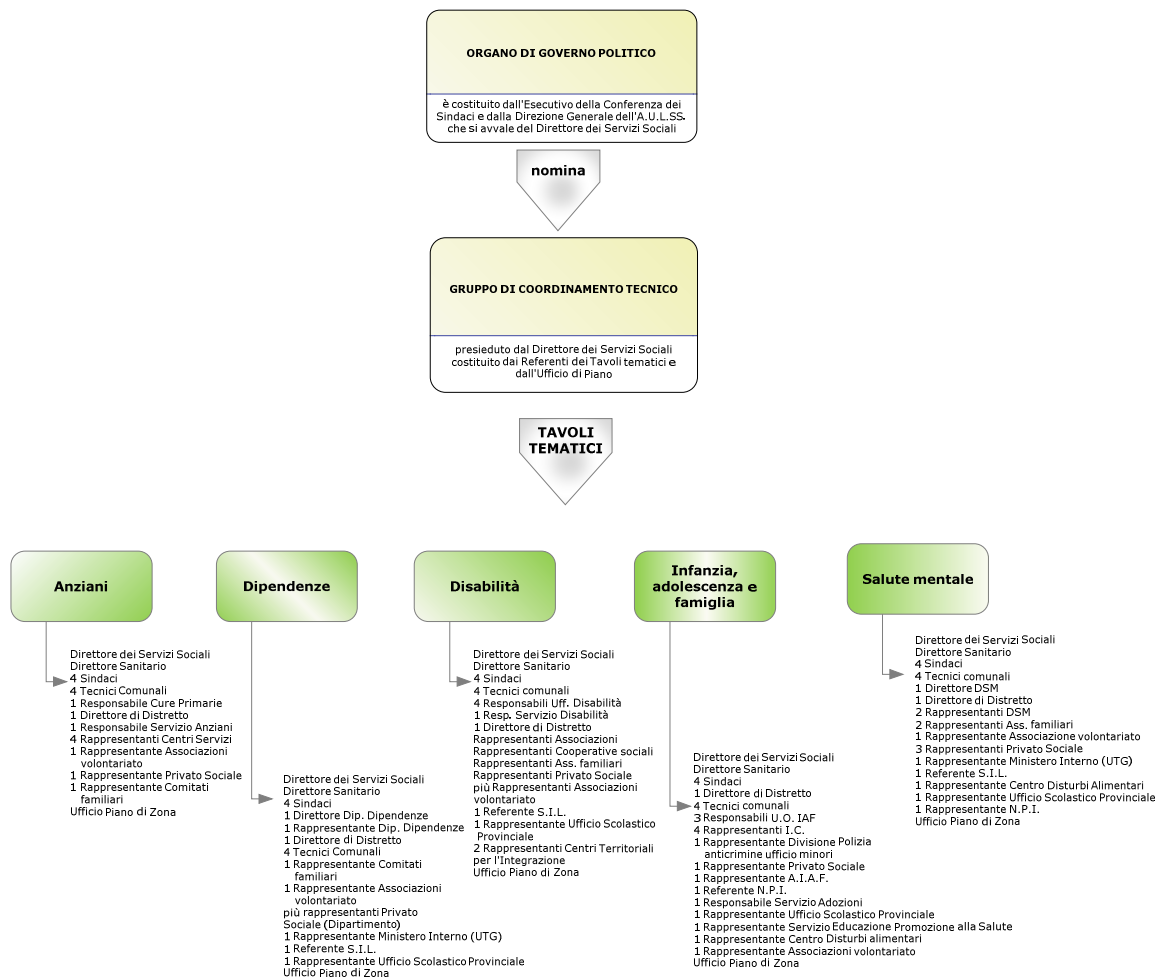
La costruzione del Piano di Zona ha seguito un percorso metodologico evolutivo che trae origine dalle precedenti esperienze programmatorie.

L’Organo di governo politico, costituito dall’Esecutivo della Conferenza dei Sindaci e dalla Direzione Generale dell’Azienda U.L.S.S., ha dato avvio al procedimento, nominando il Gruppo di Coordinamento Tecnico, presieduto dal Direttore dei Servizi Sociali e costituito dai referenti tecnici dei Tavoli Tematici di area, dai Direttori di Distretto Socio Sanitario, nonché dai componenti dell’Ufficio di Piano.

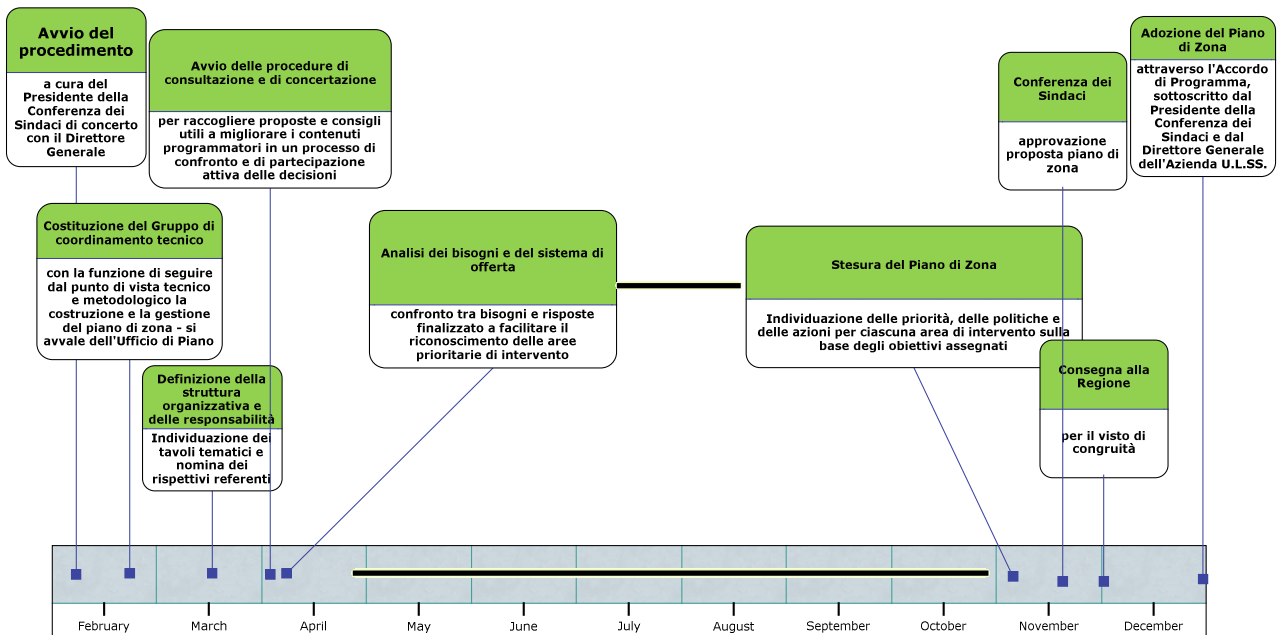
I Tavoli Tematici, presieduti dai *Sindaci dell’Esecutivo della Conferenza dei Sindaci*, rappresentano l’articolazione organizzativa attraverso la quale si realizza il coinvolgimento degli attori del territorio e si concretizza il processo di confronto territoriale.

L’istituzione dei tavoli risale ad una decisione politica dell’anno 2005, per questo era emersa l’esigenza iniziale di provvedere all’aggiornamento della loro compagine. Operazione quest’ultima che si colloca nella fase di “definizione della struttura organizzativa e delle responsabilità” prevista dalla D.G.R. n. 157/10 per poi dare avvio alle procedure di consultazione e concertazione.

Nella definizione dei componenti, si è cercato di mantenere la matrice rappresentativa politico-tecnica, collaudata da tempo per ogni singolo Tavolo tematico, relativamente a tipologia, numerosità e composizione, integrandola con le figure tecniche comunali, peculiari dei 4 Distretti territoriali.



Le fasi di lavoro e gestione del piano



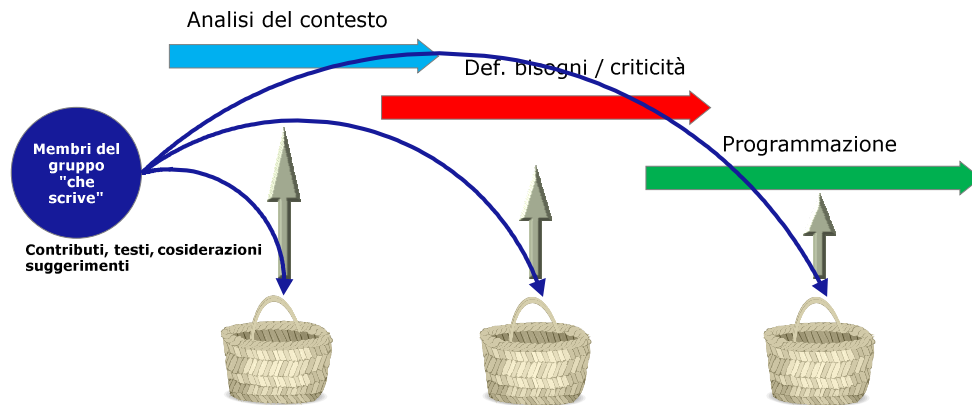
La stesura del Piano di Zona ha seguito la seguente metodologia di lavoro:

Analisi del contesto Si è trattato di un processo conoscitivo che ha fornito una visione integrata della situazione territoriale. Sono state stimate preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nel piano allo scopo di verificare i punti di forza e i punti di debolezza che caratterizzano gli interventi nel nostro territorio, verificando i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento. Questa analisi ha consentito di ottenere informazioni strutturate circa il contesto in cui il piano di zona andrà ad operare consentendo di contestualizzare al meglio le azioni che si andranno a progettare.

Definizione bisogni/criticità Il quadro conoscitivo si è poi sviluppato tramite un percorso con al centro la famiglia, i minori, le persone anziane e disabili, gli adulti in difficoltà, gli stranieri e le problematiche legate alle dipendenze. Sono così emerse alcune priorità e si sono evidenziate le maggiori criticità. Questa fase ha avuto, infatti, l'obiettivo di raccogliere una serie di elementi utili a garantire una coerenza tra le attività che verranno definite nella successiva fase di programmazione e quelle poste in essere dalla rete dei servizi.

Programmazione In quest'ultima fase sono state descritte le strategie di indirizzo individuate in ciascuna area a seguito dell'analisi compiuta nei due momenti precedenti; in particolare sono state evidenziate le priorità legate ai bisogni consolidati e ai bisogni emergenti. Successivamente, per rispondere a questi bisogni, sono state descritte le politiche che il territorio intende sostenere e le conseguenti azioni da realizzare.

Metodologia dei tavoli tematici



Il modello adottato, in letteratura conosciuto come “*garbage can model*”, sintetizza gli aspetti qualificanti dei processi decisionali che richiedono il concorso di numerosi soggetti.

Il modello equipara l’occasione di decisione a dei cestini nei quali confluiscono, più o meno ordinatamente, i tre elementi (persone, problemi e soluzioni).

Sino a quando i cestini non saranno svuotati, i tre elementi continueranno a rimanere all’interno del cestino: l’occasione di decisione equivale pertanto all’azione di rimozione dei contenuti che porterà i tre elementi a combinarsi secondo il mix considerato più adeguato.

Si è creato così un flusso di contenuti che ha orientato la Conferenza dei Sindaci nell’indicazione degli obiettivi generali, espressi dall’Esecutivo della Conferenza dei Sindaci.

Tali obiettivi, coniugati con quelli regionali, caratterizzano lo scenario strategico del piano e riflettono le priorità e le politiche che hanno una rilevanza significativa in termini di diffusione di bisogno della popolazione, di impiego delle risorse, di sviluppo del sistema di welfare locale.

- 1** *Centralità della persona* (e del sistema familiare), attenzione ai suoi bisogni e flessibilità del sistema di offerta per rispondere alle esigenze dell’individuo e della sua famiglia, promuovendo la corresponsabilità e la sussidiarietà nella comunità.
- 2** *Promozione dei livelli qualitativi ottimali* dell’offerta di rete, nei limiti di bilancio presenti, secondo i principi di sussidiarietà, appropriatezza, trasparenza ed equità.
- 3** *Centralità del territorio* ed in particolare del Distretto Socio Sanitario con un approccio integrato sia nella fase di valutazione dei bisogni, sia in quella di programmazione e di gestione degli interventi, con accesso unitario ed appropriato ai servizi.
- 4** *Programmazione dei servizi* che abbiano come riferimento la *famiglia* inserita nel suo contesto sociale.
- 5** *Cura dell’informazione* per far conoscere i servizi e le modalità di accesso.

Essi rappresentano l’insieme dei traguardi che ci si prefigura di raggiungere nel prossimo quinquennio.

2. L'ANALISI

La provincia di Vicenza conta una popolazione di 852.242 abitanti (dato aggiornato al 2008), che si estende su un territorio di 2.722 kmq. Vicenza, il Capoluogo di Provincia, ha un'estensione di 80 kmq, pari al 3% della superficie provinciale, ed è il più abitato con 115.012 abitanti che corrispondono al 13% della popolazione provinciale.

Il territorio della Provincia di Vicenza è così suddiviso: kmq 1.094,25 di montagna (40,2%), kmq 814,25 di collina (30%), kmq 813,70 di superficie pianeggiante (29,8).

Vicenza possiede alcuni caratteri tipici dell'area della Pianura Padana, quali uno sviluppo abitativo fortemente condensato lungo l'asse comunicativo autostradale - ferroviario e uno sviluppo industriale e commerciale che ha prodotto una crescita molto forte dei comuni confinanti, in termini economici e di presenza abitativa.

L'Unità Locale Socio Sanitaria N. 6 Vicenza è composta di 39 Comuni: *Agugliaro, Albettono, Altavilla Vicentina, Arcugnano, Asigliano Veneto, Barbarano Vicentino, Bolzano Vicentino, Bressanvido, Caldogno, Camisano Vicentino, Campiglia dei Berici, Castegnero, Costabissara, Creazzo, Dueville, Gambugliano, Grisignano di Zocco, Grumolo delle Abbadesse, Isola Vicentina, Longare, Montegalda, Montegaldella, Monteviale, Monticello Conte Otto, Mossano, Nanto, Noventa Vicentina, Orgiano, Poiana Maggiore, Pozzoleone, Quinto Vicentino, San Germano dei Berici, Sandrigo, Sossano, Sovizzo, Torri di Quartesolo, Vicenza, Villaga, Zovencedo.*

Cenni di Economia locale

(fonte: Vicenza Qualità Azienda Speciale della Camera di Commercio di Vicenza)

Le statistiche che prendono in esame i principali indicatori economici vedono il territorio berico, insieme alla sua provincia, collocarsi in posizioni di eccellenza, segno di un tessuto produttivo e commerciale dinamico e ben strutturato, forte nei numeri e attento agli aspetti qualitativi, protagonista sul mercato interno e con una strategica propensione all'export. Nel territorio sono presenti numerose industrie metallurgiche, tessili, chimiche e di fibre sintetiche, farmaceutiche, cartarie, editoriali, di produzione di macchine elettriche, elettroniche, agroalimentari, ottiche e di produzione di apparecchi meccanici.

Il sistema produttivo di questa provincia è inoltre affiancato da un considerevole numero di attività di supporto strategico: si tratta di aziende del terziario avanzato, banche e gruppi finanziari, un importante polo fieristico, realtà impegnate nel campo della formazione, una dinamica rete di servizi offerti dagli enti istituzionali.

Il 2009 è stato l'anno in cui l'economia mondiale è stata attirata dal gorgo della recessione: il PIL mondiale si è ridimensionato dello 0,6%; tuttavia il ciclo negativo dei Paesi avanzati è apparso attenuarsi nel corso dell'anno e anzi, grazie alle misure di sostegno di carattere monetario e di bilancio e al recupero di stabilità dei mercati finanziari, nel secondo semestre si è verificato un ritorno su dinamiche leggermente espansive, ma ben lungi dalla situazione economica ante crisi, che sta condizionando e condiziona negativamente anche le risorse disponibili per l'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale dei nostri territori.

Trend tasso di occupazione/disoccupazione 15-64 anni (media – valori percentuali)

Anno	Tasso di occupazione			Tasso di disoccupazione		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2006	76,7	53,9	65,6	2,7	5,2	3,7
2007	76,1	54,6	65,6	2	5,5	3,4
2008	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
2009	75,6	53,9	65,0	4,2	6,2	5,0

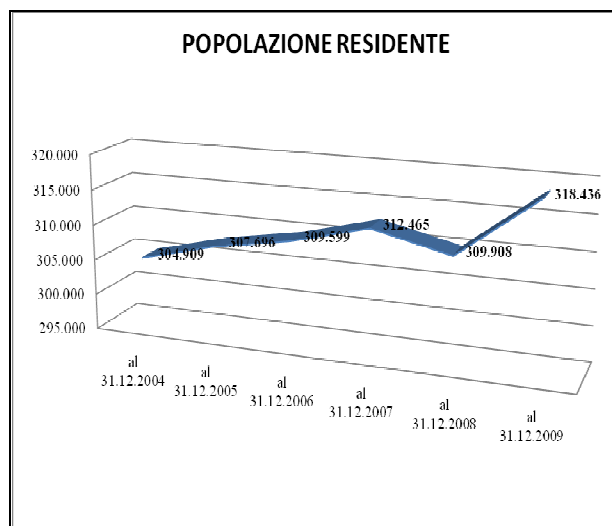
fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat

L'analisi sullo stato dell'economia vicentina, ovvero l'analisi del mercato del lavoro, delle prospettive del mercato interno e delle possibili variazioni di gusti e tendenze, passa necessariamente per la verifica dell'andamento demografico.

Fenomeni quali l'invecchiamento della popolazione, il conseguente aumento della mortalità complessiva, la presenza sempre più stabile degli stranieri con la ripresa delle nascite e l'interazione sempre più ampia tra comunità sono fenomeni complessivi che interessano non solo la nostra provincia ma anche l'Italia e l'Europa.

Trend popolazione residente nell'ULSS n. 6 Vicenza

U.L.S.S. N. 6 VICENZA				
Popolazione residente	0-13	14-64	65-ol	TOTALE
al 31.12.2004	42.043	209.433	53.433	304.909
al 31.12.2005	42.821	210.032	54.843	307.696
al 31.12.2006	43.165	210.246	56.188	309.599
al 31.12.2007	43.637	211.518	57.310	312.465
al 31.12.2008	44.366	208.085	57.457	309.908
al 31.12.2009	44.754	213.889	59.793	318.436



provenienza dati: Anagrafi Comunali

Un altro dato interessante riguarda la netta diminuzione di iscrizioni in anagrafe per migrazione: in questo caso è molto probabile che la mancata richiesta di manodopera per il settore manifatturiero, attualmente in difficoltà, abbia raffreddato le dinamiche di spostamento verso il Nord-Est di nuovi lavoratori sia italiani, sia soprattutto stranieri. D'altro canto si registra anche una minore mobilità in uscita:

Anno 2008

	Immigrati/iscritti	Emigrati/cancellati	Saldo
U.L.S.S. n. 6 Vicenza	13.199	10.164	3.035

Anno 2009

	Immigrati/iscritti	Emigrati/cancellati	Saldo
U.L.S.S. n. 6 Vicenza	11.563	9.905	1.658

provenienza dati: Anagrafi Comunali

Il numero di cancellati dalle anagrafi passa da 10.164 a 9.905. Il saldo migratorio continua tuttavia a spiegare il trend positivo della popolazione vicentina.



Stranieri residenti nell'ULSS n. 6 – elaborazioni per luogo di residenza

Stato estero	Maschi	Femmine	TOTALE
EUROPA	9193	9832	19025
AFRICA	4700	3224	7924
ASIA	2819	2222	5041
AMERICA	471	788	1259
OCEANIA	8	5	13
APOLIDE	22	17	39
TOTALE	17213	16088	33301

fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat

L'analisi del contesto si completa con la descrizione specifica presente nelle singole aree di intervento contenente elementi relativi al proprio target di riferimento.

3. LA DEFINIZIONE DELLE STRATEGIE DI INDIRIZZO E LE SCELTE OPERATIVE

Di seguito sono descritte le strategie di indirizzo che orientano la programmazione del quinquennio, evidenziando gli orientamenti strategici che coinvolgono complessivamente tutte le aree di intervento.

3.1 Famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizioni di disagio, giovani

A. Analisi del contesto

Le risorse attuali nell'area sono ancora spesso poco coordinate, con differenze di investimenti anche importanti nelle diverse realtà comunali e distrettuali, dove la forte spinta verso la omogeneità, considerata garante della pari fruibilità dei servizi da parte dei cittadini, è attivamente alimentata, a livello territoriale, anzitutto dalla Regione per il tramite dell'Azienda ULSS. Lo sviluppo dei servizi anche per allinearli su livelli di efficienza, efficacia e qualità elevate, dovrà avvenire, quindi, secondo un necessario principio di realtà, attraverso la loro “manutenzione” nel territorio e la reingegnerizzazione di risposte fino ad ora erogate con modalità tradizionali, ma che risultano non più rispondenti alla realtà sociale, culturale ed economica attuale e futura. I servizi pubblici devono, in altri termini, rendersi sempre più capaci di integrarsi tra loro per rispondere alla complessità dei bisogni, usando mezzi veloci e in grado di sostenere la rete di aiuto: una famiglia con difficoltà complesse deve essere inserita in un “percorso” di risposte curato dai singoli servizi, che si conoscono e sono in grado di collegarsi con i successivi servizi necessari secondo il principio della sussidiarietà.

Tutte queste considerazioni di ordine metodologico derivano dalla lettura delle criticità e dei bisogni di un ambito d'importanza cruciale per la tenuta e lo sviluppo della società e del benessere dei suoi cittadini, e cioè **la famiglia**, primario soggetto di una molteplicità di pensieri e di considerazioni, ma principalmente ambiente dove evolvono tutte le più importanti fasi della vita di un individuo. La sua mancanza o la sua debolezza implica l'attivazione di azioni sostitutive sempre più difficili da sostenere e non sempre dotate della stessa capacità di soluzione o di contenimento.

La famiglia rimane l'ambiente delle relazioni, che determinano spesso la qualità della vita, la capacità di accudimento e la crescita o meno del benessere. È il nucleo sociale fondamentale, di cui paradossalmente si riconosce l'importanza proprio in un tempo nel quale la sua configurazione è messa in crisi da una molteplicità di fattori, di ordine sociale, culturale ed economico.

Questo pone numerose questioni, che vanno da quelle etiche, a quelle più direttamente connesse con la salute e gli stili di vita. La sua fragilità è fortemente correlata a emergenze educative, a condizioni di devianza che riguardano adolescenti e giovani, a scarsa protezione dei minori. Nel contempo risulta sempre più complesso creare e mantenere le condizioni affinché essa possa recuperare spazio, risorse, tempo e forza per svolgere molte delle funzioni che storicamente le erano assolutamente proprie.

B. Le strategie di indirizzo per il periodo di riferimento del piano di zona

Sviluppare il sistema descritto significa definire, implementare e mantenere una rete di servizi, anche di tipo strutturale, che consenta alla famiglia e alla singola persona, di trovare non solo risposte di elevata qualità specifica, ma che non lasci nessuno da solo a cercare strade e soluzioni per risolvere o gestire i problemi e i disagi. Ad esempio, una madre con un bambino in difficoltà deve poter disporre di una rete in grado di:

- aiutarla a rilevare il problema (pediatra, scuola, vicinato, ...);
- darle indicazioni per accedere ai Servizi (pediatra, scuola, Comune, ...);

- garantirle un Servizio territoriale che comprenda la sua situazione ed attivi la presa in carico: legga le condizioni del bambino, definisca gli approfondimenti necessari, i Servizi/Strutture che li erogano e le modalità di accesso (auspicabile un accompagnamento all’accesso), eventuali elementi di preoccupazione e/o di rischio....

Il Distretto Socio-Sanitario, cui compete il governo di questa rete, deve saper conoscere, essere in grado di interfacciarsi ed attivare Servizi e risorse presenti all’interno dell’Azienda ULSS, negli Enti Comunali, nella Scuola, nella Comunità.

È necessario individuare, quindi, tra **tutti** i principali attori, istituzionali e non, *strategie condivise*, realistiche e sostenibili, che considerino ancora una volta il *“pensare globalmente e l’agire localmente”*, secondo l’ottica della *“cooperazione decentrata”*. Questo consente di costruire una rete tra istituzioni, locali e centrali, con l’obiettivo di ottimizzare l’offerta di interventi per il supporto e sostegno alla famiglia, proponendo così una modalità programmatica ed operativa dei Servizi in grado di mantenere gli obiettivi di salute, pur in presenza di contrazione dei mezzi a disposizione. L’Azienda ULSS può agire da catalizzatore, ponendo nella rete, nel rispetto delle competenze di tutti, le risorse, umane e scientifiche, che operano al suo interno.

• **Le priorità di intervento: i bisogni consolidati**

- **La famiglia chiede interventi di cura, sostegno ed accompagnamento (fragilità del nucleo familiare, declino dell’autorevolezza genitoriale, monogenitorialità, multiculturalità, criticità economiche).** La definizione di questa istituzione sociale non è più univoca, né condivisa e le funzioni che le sono attribuite risultano più difficili da svolgere: l’educazione dei figli richiede più dedizione e più competenza che i genitori faticano a soddisfare sia per gli impegni economici collegati al mantenimento, sia per la frequente assenza o lontananza di famiglie allargate e/o di contesti comunitari solidali. La famiglia resta comunque la prima comunità educante per il minore, ma anche un punto di riferimento per il disabile, per l’anziano, per il malato e in generale in ogni situazione di fragilità: perciò è azione strategica investire sulla cura e sulla protezione della famiglia attraverso un potenziamento della rete della domiciliarità, pena l’istituzionalizzazione non sostenibile sotto il profilo economico, ma anche sociale.
- **I giovani: crisi d’identità, ricorso a regolatori esterni per gestire i propri stati emozionali (es. nei confronti del cibo), difficoltà di identificazione nei tradizionali modelli di valore riconosciuto, interculturalità con particolare riferimento ai giovani immigrati appartenenti alla seconda e terza generazione.** Si evidenziano crisi d’identità, difficoltà nell’identificazione di modelli dotati di valore riconosciuto che vanno contro una cultura basata sull’apparire; l’interculturalità, con particolare riferimento alla seconda e terza generazione...
La crisi economica costituisce un fattore di peggioramento: l’offerta di preparazione e specializzazione non trova soddisfazione nella domanda del mercato; sono impegnati inoltre nella ridefinizione dei ruoli maschile e femminile in un’ottica di contrattazione piuttosto che di tradizione, e faticano a costruire relazioni interpersonali dirette. Tali bisogni, espressi da importanti segni di disagio, richiedono capacità di lettura e ascolto, ma anche capacità di intervento puntuale e coordinato.
- **Le donne: definizione del ruolo sociale di genere, compatibilità della funzione materna con i ritmi sociali, criticità del rapporto con genere maschile.** Le donne stanno evidenziando un cambiamento importante nel proprio ruolo sociale. Cambiamento che mariti, compagni, fidanzati e padri non sempre accolgono di buon grado: una minaccia al tradizionale ruolo maschile capace di innescare reazioni e/o atteggiamenti di violenza forti e pericolosi. In questo cambiamento anche la maternità assume connotazioni diverse che nel passato e deve fare i conti con elementi di nuova priorità come la carriera e il lavoro o con situazioni personali critiche quali la solitudine. Bisogni che non possono essere sottovalutati, in quanto la donna resta comunque elemento fondante e centrale della famiglia.

- **I bambini: scarsa presenza genitoriale, protezione critica, convivenza con genitori stressati da ritmi di vita, da contingenze economiche e lavorative.** I bambini devono godere di un’attenzione prioritaria da parte delle Istituzioni, alle quali è demandata sempre più la capacità di contenere e mitigare gli aspetti negativi dell’evoluzione sociale. Alle Istituzioni viene chiesta la funzione di sostegno e/o sostituzione delle funzioni delle famiglie allargate coabitanti; alle Istituzioni viene demandata la funzione di compensare la fragilità dei genitori soli, ma anche delle coppie genitoriali in difficoltà con la richiesta di modalità educative atte a sviluppare nei figli competenze sociali, di autoprotezione, di responsabilità, piuttosto che di tramandare saperi e abilità pratiche, oramai inadeguate a forgiare competenze strutturali della personalità.
- **La scuola: è caratterizzata da un’estrema varietà degli allievi (iperattività, multiculturalità, disabilità, dislessia, ...) a fronte di una progressiva riduzione del tempo scuola, di risorse umane ed economiche, e a richieste di prestazioni e competenze sempre più elevate.** Questi fattori determinano l’incapacità di realizzare piani di studio personalizzati o anche solo forme di intervento individuali o a piccoli gruppi, come la normativa richiederebbe, al fine di garantire pari opportunità di apprendimento a tutti. Questa progressiva ristrettezza di risorse è incompatibile con i bisogni richiesti espressi da studenti e famiglie, che spesso delegano alla scuola non solo compiti didattici e informativi, ma anche compiti educativi e formativi.

• Le priorità di intervento: i bisogni emergenti

→ di tipo assistenziale

- **La crisi della funzione genitoriale rende necessari interventi esterni da parte dei servizi sociali, distrettuali e giudiziari.** Di qui l’aumento di azioni di protezione e tutela, sempre meno compatibili con i vincoli normativi imposti ai bilanci. Nel medio termine diventeranno proibitivi da un punto di vista economico anche gli interventi educativi a domicilio, le attività di recupero dopo il tempo scuola e in generale tutte le iniziative di sostegno domiciliare alla famiglia.
- **Un incremento della capacità di accoglienza e supporto della maternità** compresi gli elementi di carico emotivo ed economico, di confronto con i percorsi della carriera che coinvolgono la coppia quando diviene genitrice, talvolta la solitudine della madre priva di mezzi adeguati di sostentamento. All’interno di questo contesto i corsi di formazione e di accompagnamento all’evento della maternità diventano irrinunciabili, ma anche i contesti di confronto e di scambio dopo la nascita.
- **La presenza di culture diverse pone problemi di ambientamento prima e di integrazione poi.** Le modalità educative e relazionali interne alla famiglia sono diverse. Appare necessario coinvolgere le Comunità straniere locali e le rappresentanze delle diverse culture, considerato che in alcune realtà i minori stranieri rappresentano oltre il 20% della popolazione. I servizi sociosanitari - assistenziali devono acquisire la capacità di accogliere forme culturali, educative, relazionali diverse da quelle consuete, per riuscire ad operare una integrazione tra culture e tradizioni. Il tema dell’identità personale, in una situazione in bilico tra due culture, riguarda soprattutto i giovani (di seconda e terza generazione), spesso “apolidi” dal punto di vista della tradizione e della cultura, per i quali il percorso della integrazione si scontra da un lato con la loro nascita in Italia e la frequenza ad attività italiane (scuola, religione, modalità di relazione di genere....) e l’appartenenza alle proprie famiglie di origine che non li riconoscono più come figli congrui alle tradizioni di provenienza.

→ di tipo organizzativo

- **L’urgenza di fare “rete”:** a bisogni complessi non è possibile fornire risposte semplici, generiche ed approssimative ma specifiche e precise. Per tali ragioni i Servizi non possono limitarsi a fare ciascuno solo la propria parte, ma debbono porsi in collegamento in modo funzionale tra di loro, da un lato condividendo letture, prospettive e risorse, dall’altro mettendo

insieme azioni ed interventi che debbono integrarsi in modo coerente fra di loro. La prima fase di questa costruzione è senza dubbio la condivisione e l’aggiornamento reciproco delle informazioni a partire da un linguaggio e una decodificazione comune che si condensa nello Sportello Integrato di tipo funzionale.

- **Costruzione di banche dati:** i servizi non possono essere ri-pensati sulla base di percezioni e convincimenti personali. Occorre disporre di dati continuamente aggiornati, per rispondere in modo efficace alla evoluzione complessa dei bisogni.
- La necessità di sviluppare una forte interazione tra servizi e persone, tra servizi e famiglie, richiede di pensare a **forme di interazione stabile tra le famiglie e le Istituzioni**. Sempre più spesso le famiglie si inseriscono, soprattutto in presenza di malattie croniche, in “percorsi” assistenziali, piuttosto che fruire di singole azioni, e risulta necessario prendere atto di questo.
- **L’urgenza di una riflessione sulle risposte attuali che sono proposte ai cittadini** in termini formativi, sostitutivi, di supporto, ecc... I servizi non sembrano più in grado di gestire percorsi di presa in carico complessi, né di rispondere da soli a bisogni multiformi. Occorre quindi promuovere da un lato la specializzazione della risposta e contestualmente la capacità di attivare e integrare altre forme d’intervento, spesso proprie di altre agenzie territoriali. Questo può avvenire adottando nell’organizzazione due principi, identificabili nella flessibilità e nella “reingegnerizzazione”, in altre parole la ri-fondazione delle risposte e delle modalità della loro erogazione; le Istituzioni, infatti, non possono, né economicamente, né funzionalmente, sostituire le funzioni familiari. È pertanto necessario prendersi cura delle competenze delle famiglie ed investire su interventi di supporto. È evidente l’insostenibilità di interventi che escludono la famiglia di origine dalla cura dei figli (sostituzioni “familiari”). Dall’altra parte emerge con evidenza che la flessibilità e la sostenibilità di forme di aiuto e di supporto, atte a svolgere funzioni dense di “componenti affettive” stanno all’interno delle energie non istituzionali della Comunità. Di qui l’utilità di sviluppare funzioni professionali accessibili e capaci di fungere da sostegno, da mediatore, da guida alle competenze relazionali della famiglia.
- La necessità di individuare **forme di comunicazione efficaci ed aumentare il livello comunicativo tra gli adulti ed i giovani:** sono gli adulti a pensare di cosa i giovani hanno bisogno, che leggono i loro bisogni, che definiscono gli interventi, ... È in realtà cruciale promuovere la “partecipazione” dei soggetti verso i quali si intendono attivare risorse, soprattutto in virtù di quella promozione della responsabilità citata in precedenza, che consente anche un importante investimento diretto dei fruitori delle azioni (partecipare alla definizione delle risposte ai propri bisogni incentiva la responsabilità circa tali risposte).
- Il benessere degli operatori: in presenza di una situazione operativa esasperata dalle urgenze e dalla gravità dei casi, investire in termini di prevenzione e di qualità del servizio/progetto significa anche investire sul benessere e sulla soddisfazione degli operatori (formazione, consulenza, supervisione, ...). Così si aumenta la qualità del servizio erogato, la motivazione del personale, la disponibilità di flessibilità del personale e si diminuisce il turn over.

• **Definizione delle politiche di intervento**

Le politiche degli interventi da porre in essere nel territorio, si possono declinare secondo tre direttrici:

- prevenzione: universale e selettiva;
- sostegno alla crescita e al benessere delle diverse entità sociali: famiglie, giovani, donne;
- cura: presa in carico integrato da parte istituzionale delle problematiche espresse dal target di area.

Tali direttrici coinvolgono Istituzioni diverse, che devono pertanto adottare insieme una convinta **politica di integrazione stabile e solida** e non contatti occasionali e ancora troppo dipendenti da singoli soggetti. In particolare:

- gli **Enti Locali**, istituzioni attraverso cui le persone, singole o in associazione, esprimono i propri bisogni di benessere, di salute e di promozione. Ad essi appartengono gli strumenti per la prevenzione e la promozione del benessere, per la lettura dei bisogni, nonché le competenze programmatiche degli obiettivi di salute;
- **L’Azienda Socio-Sanitaria**, organismo tecnico-scientifico-gestionale delle politiche di salute della popolazione, che assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l’assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale laddove delegata;
- **La Scuola**, dove crescono e si esprimono, per un arco di tempo significativo della loro vita, bambini, adolescenti e giovani e dove la formazione didattica si intreccia con la formazione umana, sociale, etica;
- **La Magistratura**, che rappresenta lo strumento per l’attivazione di interventi di protezione, tutela e riduzione del danno;
- Altre **Agenzie territoriali**, (il Privato Sociale, l’associazionismo ed il volontariato) aggregazioni sociali ed operative spesso necessarie per la realizzazione di interventi volti alla promozione e alla cura di minori e famiglie, ma che devono essere coinvolte nella programmazione integrata delle azioni definite dalla “rete”. Per concretizzare questo obiettivo, risulta importante definire, attraverso forme giuridiche apposite (protocolli, convenzioni, accordi di programma), modalità di rapporto, collaborazioni, integrazioni operative ed economiche che esplicitino funzioni e compiti di tutti riconoscendone ed esaltandone eccellenze, competenze e specificità.

Interventi consolidati

- La rete di **risposta alla prima e seconda infanzia**, con gli asili nido e le scuole d’infanzia.
- I **Servizi socio sanitari attualmente presenti a livello distrettuale ed interdistrettuale**, che rappresentano un valore da mantenere e da implementare:
 - il **Servizio sociale di base**: un servizio di primo livello che mette in rete i bisogni espressi dalle famiglie, dalla scuola e, in generale, dalle agenzie educative del territorio (interventi abitativi, contributi economici);
 - il **Consultorio Familiare**, che è e deve rimanere un servizio di facile accesso, dove poter cercare le risposte a preoccupazioni, problemi, dubbi che investono aspetti fondamentali per la vita delle persone e delle famiglie. È al suo interno, o in modulazioni organizzative collaterali, che trova spazio la **mediazione familiare e il trattamento della crisi familiare**;
 - la **Psicologia distrettuale, di base**, rappresenta il primo e più vicino livello dove il disagio interiore può trovare spazio di ascolto;
 - la **Logopedia distrettuale** che consente l’accesso al trattamento riabilitativo con una migliore possibilità di coniugare le esigenze lavorative e familiari;
 - il **Servizio specialistico per la protezione e tutela dei minori** deve poter costruire un legame forte con il territorio e la comunità dove opera, per condividere con le persone che costituiscono il quotidiano ambiente di vita dei bambini, principi, convinzioni, conoscenze, saperi e significati del benessere dei minori, favorendo così un’attenzione diffusa al star bene dei minori e un partenariato spontaneo con i servizi specifici (vedi allegato Atto di Recepimento e Atto di Programmazione – DGR 2416/08).
- Il **Servizio di Neuropsichiatria Infantile**, quale interlocutore forte e autorevole circa gli aspetti diagnostici e di cura, in particolare **per le problematiche adolescenziali** (progetto integrato per gli adolescenti con il team dedicato) per implementare la capacità di risposta ad elementi di forte disagio e patologia mentale di questa fascia di età.
- Il **Centro Regionale L’ARCA**; si occupa della cura del grave maltrattamento e dell’abuso sessuale dei minori, fornendo una risposta a livello provinciale.

- **Il Centro per l’Affido e la Solidarietà Familiare;** servizio sovradistrettuale impegnato nella attività di promozione della sensibilità e della disponibilità all’affido, di formare le famiglie disponibili, di supportarle nei momenti di difficoltà.
- **Il centro provinciale di riferimento per i disturbi del comportamento alimentare (DCA) e del peso,** realtà sovradistrettuale in cui viene effettuato un inquadramento psico-diagnostico con equipe multidisciplinare, viene identificato, proposto, condiviso e costruito col paziente e i famigliari un percorso individualizzato e attuata una terapia integrata interdisciplinare per disturbi del comportamento alimentare e del peso. Presso il Centro lavora un’equipe composta da medici, dietisti, psicologi, psichiatri, neuropsichiatri, infermieri, educatori. È frequente che all’inizio il paziente si focalizzi solo un versante della patologia o, in alternativa, che porti al terapeuta un groviglio estremamente confuso di elementi problematici, senza differenziare le tematiche e i quesiti in base alla professionalità di chi gli sta di fronte. L’esistenza stessa di un’equipe multidisciplinare costringe il paziente con **DCA** a riflettere sui vari aspetti del proprio disagio e insieme con i terapeuti costruire un percorso di cambiamento.
- **Le risorse accoglienti:**
 - la rete delle Comunità con le loro caratterizzazioni (educative, mamma-bambino, diurne...);
 - associazionismo familiare;
 - le famiglie affidatarie;
 - le famiglie solidali.
- **Il Servizio Adozioni,** rappresenta una U.O. che opera a livello interdistrettuale, svolgendo anche il compito di coordinamento a livello provinciale dei diversi Servizi per le adozioni. Il servizio opera in modo specialistico, con personale dedicato, e s’interfaccia con il Dipartimento Infanzia, Adolescenza e Famiglia e con tutti gli altri servizi della rete. Rappresenta un importante osservatorio sul tema dell’adozione, in grado di mantenere alta l’attenzione su una significativa risposta al diritto del minore ad avere una famiglia, e di conoscerne le evoluzioni più recenti.
- Il servizio di **Mediazione linguistico-culturale:** la comunicazione consta di elementi verbali e non verbali. L’aiuto alla famiglia non può prescindere dal capire le espressioni usate dalle persone che la compongono. È pertanto sempre più importante curare la comprensione non solo di quanto detto dalle persone, ma anche il significato di atteggiamenti, comportamenti, background culturali ed espressivi.
- Lo **Sportello anti violenza:** le donne stanno vivendo una fase caratterizzata da un’importante evoluzione del proprio ruolo sociale, non sempre accolta positivamente dalle figure maschili (mariti, compagni, fidanzati, padri...) che talvolta la vedono come un attentato al tradizionale proprio ruolo. La cultura occidentale dove le donne straniere, spesso quelle più giovani, vengono a trovarsi catapultate a seguito della migrazione dai loro paesi, propone modelli che non sempre appaiono consoni ai ruoli della tradizione di cui gli uomini e/o i genitori immigrati sono portatori. Da questo deriva l’attivazione di comportamenti violenti, aggressivi, talvolta lesivi dell’incolumità fisica e psichica delle donne. Questo fenomeno, relegato a tabù fino ad alcuni anni fa, necessita di essere portato alla luce, al fine di favorire il rispetto delle scelte delle persone, che non possono essere repressi nella e con la violenza.
- **Il Progetto Tutori:** attivato dal Pubblico Tutore dei Minori del Veneto, il progetto, il cui sviluppo si protrae nel tempo, ha permesso finora di individuare, formare e rendere disponibili alcune decine di persone competenti e motivate, in grado di occuparsi di quei bambini per i quali è necessario provvedere alla nomina di un tutore legale. Queste persone, in virtù del progetto, oltre ad essere consapevoli e competenti, sono inserite nella rete dei servizi a supporto dei bambini e delle famiglie.

Altri interventi quali:

- La **formazione/educazione all’affettività e sessualità**: gli stili di vita risultano essere cruciali per il benessere delle persone e delle famiglie. A ciò non sfugge soprattutto la componente affettiva, emotiva e sessuale di adolescenti e giovani. Promuovere la responsabilità verso la propria sessualità, verso il proprio corpo, la contestualizzazione affettiva di questo importante e delicato aspetto della persona, oltre alla corretta conoscenza di elementi fisiologici, sono fondamentali per promuovere il “volersi bene”.
- Gli **interventi socio-educativi**, volti a consentire un’intercettazione sempre più precoce delle situazioni di rischio per i minori, attivando azioni di contenimento e integrazione delle competenze genitoriali. Tale tipologia d’intervento rappresenta inoltre una fattispecie da ampliare e rimodulare, implementando l’aspetto di supporto e promozione delle competenze genitoriali accanto a quello integrativo delle stesse.
- **Contributi economici**: le contingenze economiche attuali possono favorire la trascuratezza, se non l’abbandono, di minori, oltre a implementare il senso di impotenza e di disappunto delle persone e, di conseguenza, il possibile disagio generale della famiglia. Gli interventi di supporto economico alle famiglie, pertanto, rappresentano uno strumento che, usato congruamente, certamente concorre a contenere le situazioni di disagio.
- **Interventi abitativi**: vale qui la medesima riflessione più su espressa, ritenendo che la carenza abitativa possa rappresentare un elemento di sicura ed innegabile criticità nella cura adeguata dei minori.

Azioni innovative

In questo spazio sono indispensabili e prioritarie tre azioni:

- 1) portare a compimento la messa in rete i servizi esistenti e creare condizioni di omogeneità fra i territori;
- 2) implementare e collegare tra loro i diversi sistemi di rilevazione dei dati al fine di costruire una banca dati costantemente aggiornata a servizio delle Istituzioni impegnate sulla programmazione e gestione degli interventi;
- 3) stabilire e condividere criteri e metodologie di valutazione dei servizi al fine di individuare gli elementi atti a implementare percorsi di ottimizzazione e/o ingegnerizzazione di servizi e progetti.

Azioni più specifiche con carattere innovativo, da programmare su tutto il territorio, risultano essere:

- **laboratori scolastici, presenti con diverse denominazioni all’interno delle Scuole (psicologia scolastica, laboratorio psicopedagogico, sportello di ascolto, sportello di consulenza, ...)** e **che risulta opportuno e necessario condurre ad unità scolastica**: è importante quindi strutturare, con modalità omogenee e quindi leggibili e confrontabili, questo tipo di servizio, previo confronto e definizione del modello operativo;
- **corsi di educazione all’affettività e alla sessualità, che coinvolgono anche le scuole secondarie di primo grado**: questi interventi debbono essere programmati e realizzati in modo omogeneo in tutte le Scuole del territorio dell’ULSS n. 6;
- definizione di **spazi di lettura, ascolto, confronto e coinvolgimento dei diversi gruppi etnici**, dove le diverse Istituzioni riescono a porsi in modo unitario ed integrato per implementare l’ascolto e la comprensione delle culture, delle religioni, delle tradizioni dei popoli rappresentati sempre più nel contesto territoriale dell’Azienda Ulss, in particolare attivazione di servizi in grado di strutturare interventi volti a cogliere ed intervenire sul **disagio proveniente da doppie (o assenti) appartenenze sociali e culturali**;
- piani di lettura ed intervento sul **disagio adolescenziale**, con il coinvolgimento attivo degli adolescenti stessi;



- **spazi per la genitorialità**, dove i genitori possano fruire di occasioni di formazione, confronto, scambio, supporto e sostegno alla loro funzione;
- **azioni di accoglienza-contrasto alle pratiche di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)**, che comprenda anche la cura della responsabilità delle donne verso se stesse, affinché diminuisca il ricorso a tale intervento quale strumento di controllo delle nascite;
- **attività di sostegno per le coppie adottive** o in attesa e corsi per docenti scolastici per l’inserimento a scuola dei bambini adottati. È importante sostenere questa forma di genitoriali e permettere una reale integrazione del bambino adottato nel contesto sociale e scolastico.

I risultati delle azioni elencate, tutte esistenti sul territorio, trovano rafforzamento e consolidamento nella misura in cui divengono buone prassi da esportare e copiare.

C. Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona

Azioni di mantenimento

U.D.O. – Unità di Offerta

Gruppo:		Interventi di accesso, consulenza e presa in carico					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Consultorio familiare	ULSS 6	Vicinanza dei servizi alle persone; Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	8400	€ 1.778.703,98	<i>parziale</i>

Gruppo:		Interventi residenziali					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Comunità educativa per minori	PRIVATO SOCIALE	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.r.</i>	13	€ 169.221,75	<i>parziale</i>

Gruppo:		Interventi semi-residenziali					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Nido integrato	COMUNI / PRIVATO SOCIALE	Vicinanza dei servizi alle persone. Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	570	569	€ 845.794,98	<i>parziale</i>
Asilo Nido	COMUNI / PRIVATO SOCIALE	Vicinanza dei servizi alle persone. Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	842	890	€ 1.880.319,69	<i>parziale</i>
Centro Infanzia	COMUNI / PRIVATO SOCIALE	Vicinanza dei servizi alle persone. Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	52	51	€ 262.109,65	<i>parziale</i>
Micronido e servizi <30	COMUNI / PRIVATO SOCIALE	Vicinanza dei servizi alle persone. Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	166	161	€ 228.767,67	<i>parziale</i>
Servizi ludico-ricreativi/ludoteche	COMUNI / PRIVATO SOCIALE	Vicinanza dei servizi alle persone. Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	85	€ 22.273,32	<i>parziale</i>
Nido aziendale ulss 6 Vicenza	U.L.S.S. 6	Vicinanza dei servizi alle persone. Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	39	40	€ 237.857,47	<i>parziale</i>
Nido aziendale ipab protisalvi-trento - comune di Vicenza	Comune di Vicenza	Vicinanza dei servizi alle persone. Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	35	40	€ 51.962,05	<i>parziale</i>

I.C.P. – Insieme Complesso di Prestazioni

Gruppo:		Interventi di accesso, consulenza e presa in carico					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Servizio di Neuropsichiatria, Psicologia, ecc.	U.L.S.S. 6	Vicinanza dei servizi alle persone; Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	1647	€ 904.143,34	<i>parziale</i>
Sportelli sociali tematici	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone.	2011	<i>n.p.</i>	145.	€ 44.175,61	<i>parziale</i>
Servizio per l'affidamento dei minori (CASF)	COMUNI	Integrare i diversi attori del benessere di minori e famiglie.	2011	<i>n.p.</i>	132	€ 156.500,92	<i>parziale</i>
Servizio tutela minori	U.L.S.S. 6 e COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone; Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	464	€ 503.659,12	<i>parziale</i>
Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori	U.L.S.S. 6	Vicinanza dei servizi alle persone; Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	569	€ 440.372,59	<i>parziale</i>
Attività di sostegno alla genitorialità	COMUNI / U.L.S.S.	Vicinanza dei servizi alle persone; Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	587	€ 49.464,51	<i>parziale</i>
Attività di supporto per il reperimento di alloggi	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone; Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	292	€ 41.812,11	<i>parziale</i>
Altro intervento	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone; Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	170	€ 16.553,94	<i>parziale</i>

Gruppo:		Interventi domiciliari/territoriali					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Sostegno socio-educativo territoriale e domiciliare	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	<i>n.p.</i>	72.	€ 343.083,12	<i>parziale</i>
Sostegno socio-educativo scolastico (psicologia scolastica)	COMUNI / SCUOLA / U.L.S.S.	Integrare i diversi attori del benessere di minori e famiglie.	2011	<i>n.p.</i>	382	€ 173.944,86	<i>parziale</i>
Trasporto sociale (escluso il trasporto scolastico, salvo le agevolazioni alle famiglie povere)	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	<i>n.p.</i>	112.	€ 19.067,97	<i>parziale</i>
Altro intervento domiciliare/territoriale	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	<i>n.p.</i>	106	€ 52.096,60	<i>parziale</i>

Gruppo:		Interventi semi-residenziali					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Altro intervento semi-residenziale	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone. Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	182.	€ 15.833,46	<i>parziale</i>



Gruppo:	Interventi di socializzazione, prevenzione, in-formazione, azioni di sistema						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Attività ricreative di socializzazione	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	942	€ 196.558,25	parziale
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	n.r.	€ 122.699,84	parziale
Attività di prevenzione	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	500	€ 27.236,27	parziale

Gruppo:	Sostegno economico						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Retta per prestazioni residenziali	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	147	€ 443.605,02	parziale
Buoni spesa o buoni pasto	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	9	€ 1.586,52	parziale
Altro sostegno economico	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	506	€ 317.315,87	parziale
Retta per asili nido	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	144	€ 97.330,98	parziale
Retta per i servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	313	€ 319.032,42	parziale
Retta per prestazioni semi-residenziali	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	89	€ 411.178,11	parziale
Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	9	€ 11.035,12	parziale
Contributi economici per alloggio	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	741	€ 899.041,96	parziale
Contributi economici a integrazione del reddito familiare	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	584	€ 519.150,70	parziale
Contributi economici per l'affidamento familiare e di minori	COMUNI / U.L.S.S.	Vicinanza dei servizi alle persone.	2011	n.p.	72	€ 317.480,86	parziale
Contributi per favorire interventi del Terzo Settore	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	6	€ 15.718,34	parziale
Trasferimenti per utenti che usufruiscono di servizi residenziali extra-aulss	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	68	€ 415.597,07	parziale
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	3	€ 1.891,62	parziale
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	2	€ 896,99	parziale
Contributi economici per i servizi scolastici	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	2771	€ 374.679,79	parziale
Contributi economici erogati a titolo di prestito/prestiti d'onore	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	2	€ 3.051,00	parziale
Trasferimenti per utenti che usufruiscono di servizi semi-residenziali extra-aulss	COMUNI	Vicinanza dei servizi alle persone	2011	n.p.	n.r.	€ 16.381,84	parziale



Gruppo:	Altro						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	Num. Posti previsti	Num. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
U.O. infanzia, adolescenza e famiglia (personale)	U.L.S.S.	Centralità del territorio.	2011	<i>n.p.</i>	<i>n.p.</i>	€ 5.646.748,34	<i>parziale</i>
Progetto di sistema: “CENTRO REGIONALE L'ARCA”	U.L.S.S.	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	86	€ 256.828,49	<i>Parziale</i>	

Azioni di potenziamento o riconversione

Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica / Politiche di riferimento	Anno	Posti/Utenti	Risorse
Consultori familiari: aumentare l'accesso di adolescenti	ULSS	Vicinanza dei servizi alle persone; Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	8400	€ 26.000,00
Servizi di protezione e tutela: diminuzione degli inserimenti in strutture residenziali, con un incremento degli altri interventi (affido, sostegno socio-educativo...)	COMUNI / ULSS	Vicinanza dei servizi alle persone; Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	410	<i>isorisorse</i>
Sportello antiviolenza: protocolli	COMUNI-ULSS	Centralità del territorio	2011	<i>n.p.</i>	€ 25.000,00
Psicologia scolastica: accordo di programma	COMUNI-ULSS-SCUOLA	Centralità del territorio	2011	65 istituti	<i>isorisorse</i>
Team adolescenti: consolidamento e potenziamento	ULSS	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	<i>n.p.</i>
Revisione strutture di accoglienza: definire attraverso riconversioni nuovi servizi.	PRIVATO SOCIALE-COMUNI-ULSS	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>

Azioni di innovazione

Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica / Politiche di riferimento	Anno	Posti/Utenti	Risorse
Strutturazione di piano offerta formativa condivisa	ULSS-COMUNI-SCUOLA-PREFETTURA	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Individuazione di interventi per facilitare l'integrazione tra le persone, sia italiane che straniere.	ULSS-COMUNI-ASSOCIAZIONI	Programmazione dei servizi.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Protocolli tra servizi per interventi specifici (condividere professionisti, accesso in O.C. di operatori sociali per servizio di continuità assistenziale, ecc.)	ULSS-COMUNI	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Concordare piano di coinvolgimento delle diverse etnie. Spazi di ascolto, ricerca di contatto con i referenti culturali	ULSS-COMUNI-SCUOLA-PRIVATO NO PROFIT	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Ipotesi di continuità assistenziale.	ULSS-COMUNI	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>

3.2 Persone Anziane

A. Analisi del contesto

L'ULSS n. 6 Vicenza risente dei processi di invecchiamento della popolazione, in particolare nel Comune capoluogo, in cui l'indice di vecchiaia (172) risulta più alto di quello della media regionale (139,1).

Con il crescere dell'età vi è inoltre un incremento della “cronicità multifattoriale” ed un aumento dell'intervallo di vita in cui la persona (in particolare le donne) si trovano in una condizione di non autosufficienza. Ciò comporta che il carico di cura della famiglie possa prolungarsi per molti anni: la malattia di Alzheimer e le persone in età adulta in condizione di disabilità acquisita, stabilizzata o evolutiva, (es. Stati Vegetativi, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), ecc.), rappresentano dal questo punto di vista l'esempio tipico di un percorso di cura impegnativo e prolungato .

Le tipologie familiari in cui gli anziani si trovano inseriti condizionano gli scenari futuri relativi ai percorsi assistenziali della popolazione anziana.

L'analisi demografica infatti evidenzia come, con l'avanzare dell'età:

- rimanga rilevante la presenza di coppie di anziani senza figli con difficoltà ad assolvere i compiti di cura quando uno dei due membri della coppia si trovi in condizione di non autosufficienza: il modello assistenziale “anziano curato da anziano” è presente nel 33% dei casi – multiscopo ISTAT.
- aumenti la prevalenza delle famiglie mono-persona, in maggioranza donne;
- cresca la quota dei membri aggregati (per esempio gli anziani che vivono nella famiglia dei figli coniugati).

Questa complessa situazione ha una chiara ricaduta sui processi di riproduzione sociale ed in particolare sul “lavoro di cura” che diviene più oneroso, difficile da organizzare e gestire.

Si è quindi di fronte ad una famiglia con un'alta cultura della domiciliarità (per scelta o per necessità), con un alto senso del “prendersi cura”, ma anche con una forte richiesta di interventi di sostegno (sociali e sanitari).

B. Le strategie di indirizzo per il periodo di riferimento del piano di zona

• Le priorità di intervento: i bisogni consolidati

Si conferma il **trend in crescita (come valore relativo ed assoluto) della non autosufficienza e delle persone in condizioni di terminalità**. Tale popolazione esprime una domanda crescente di assistenza domiciliare (semplice ed integrata) e di accesso (in convenzione o privatamente) alle strutture residenziali;

Si confermano i **vincoli economici del sistema pubblico e la ridotta capacità di spesa delle famiglie**. Tali vincoli comportano l'impossibilità ad espandere la spesa ed obbligano a investire in strategie di appropriatezza in quanto liberatrici di risorse:

- ulteriore differenziazione dei livelli d'offerta secondo il principio della sussidiarietà;
- ottimizzazione dei processi assistenziali.

Particolare rilievo hanno le strategie di **integrazione tra il momento delle cure domiciliari e quelle ospedaliere e residenziali**; tali strategie beneficiano della possibilità di avere una maggior flessibilità applicativa, nell'ambito della programmazione regionale, sulla base di contrattazioni e sperimentazioni locali. Queste politiche d'intervento hanno raccolto evidenze della loro economicità ed efficacia dalle pratiche già sperimentate positivamente negli anni precedenti (es. posti letto di sollievo).

Domiciliarità

In questi ultimi anni le famiglie si sono fatte sempre più carico di situazioni con componente assistenziale rilevante:

- patologie complesse invalidanti a grande rilievo sanitario (es. oncologici, dementi in fase terminale, ecc.);
- patologie cronico-degenerative invalidanti a basso rilievo sanitario e forte componente assistenziale (es. demenza in fase intermedia, esiti di fratture/ictus, ecc.);
- condizione di fragilità fisica/sociale (es. anziani soli con ridotta riserva funzionale).

Dal 2000, anno di avvio del **potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**, si è consolidata una capacità operativa di assistenza idonea a garantire adeguati livelli sanitari a pazienti con gravità clinica crescente, ivi compresa i pazienti terminali, purché inseriti in nuclei famigliari idonei.

La famiglia che assiste a casa una persona non autosufficiente, necessita, infatti, che i servizi proposti si integrino intorno al suo bisogno e l'accompagnino nel corso della sua evoluzione, garantendo la massima accessibilità alle informazioni relative ai percorsi assistenziali praticabili, ai sistemi di accesso alle diverse tipologie di prestazione.

Residenzialità definitiva per persone non autosufficienti

La realtà assistenziale, nel territorio dell'U.L.S.S. n. 6, è storicamente ricca di posti letto per anziani (non autosufficienti e autosufficienti), ricchezza che ha condizionato le modalità di espressione della domanda. La differenziazione dell'offerta di residenzialità, di assistenza domiciliare e semiresidenziale, a diverso carico assistenziale e maggiore appropriatezza ha avuto inizio con l'attivazione delle U.V.M.D. (anno 2000).

Nel corso del 2010 i posti letto di 1° livello autorizzati per anziani non autosufficienti (eccetto le realtà che avevano in corso importanti processi di ristrutturazione e di adeguamento alla normativa) sono stati stabilmente utilizzati sia tramite l'utilizzo delle Impegnative di Residenzialità attribuite dalla programmazione regionale, sia tramite accoglimenti di persone non autosufficienti a titolo privato.

Particolare attenzione è stata posta nell'attivare strategie finalizzate a garantire la libera scelta dei cittadini nell'accesso ai servizi in relazione alle specifiche esigenze.



Distribuzione delle unità di offerta socio sanitarie autorizzate a gestire le impegnative di residenzialità						Distribuzione delle unità di offerta sociali	
SEDE	CENTRO SERVIZIO	Posti di 1° livello	Posti di 2° livello	Totale posti di 1° e 2° l.	p.l. alta intensità SAPA e SVP	p.l. per autosufficienti nei Centri di Servizio	p.l. per autosufficienti Casa albergo/mini alloggi
Vicenza	Casa Provvidenza	20		20		25	
Vicenza	I.P.A.B. di Vicenza Sezione SAPA				15		
Vicenza	I.P.A.B. di Vicenza posti Sezione SVP				10		
Vicenza	I.P.A.B. di Vicenza Residenza "G. Salvi"	221	144	365			
Vicenza	I.P.A.B. di Vicenza Residenza "O. Trento"	168	48	216			
Vicenza	I.P.A.B. di Vicenza Residenza Parco Città	60		60		80	
Vicenza	I.P.A.B. di Vicenza Pensionato S. Pietro					90	
Vicenza	I.P.A.B. di Vicenza Casa albergo "Proti-Vajenti-Malacarne"						83
Vicenza	Casa albergo mini alloggi "Residenza Brunello"						14
Altavilla Vicentina	Centro Polivalente "Papa Luciani"	75		75		5	
Caldogno	Residenza "Villa Caldogno"	102	17	119			
Caldogno	Residenza "Villa Caldogno" minialloggi						8
Isola Vicentina	Fondazione "Luigia Gaspari Bressan" O.N.L.U.S.	103	24	127		3	
Camisano Vicentino	Casa di Riposo "Serse Panizzoni"	79		79		17	
Camisano Vicentino	Gruppi appartamenti "Serse Panizzoni"						12
Camisano Vicentino	Casa di Riposo "P.G. Bonaguro"	18		18		4	
Dueville	I.P.A.B. "Centro Servizi Anziani Dueville"	83	24	107		21	
Sandriago	I.P.A.B. "Suor Diodata Bertolo"	96	24 30	150		6	
Sandriago	Casa albergo "Casa Noaro"						7
Torri di Quartesolo	Casa di riposo per autosufficienti "Godi Sgargi"					54	
Barbarano Vicentino	Casa di Riposo "Don A. Simionati e Soattini"	46		46		25	
Barbarano Vicentino	Casa Soggiorno "A. De Giovanni"	81	19	100		30	
Montegalda	Casa di Riposo "O. Lampertico"	52		52		6	
Mossano	O.I.C. - Mossano	113	24	137		43	
Noventa Vicentina	Casa di Riposo "Cà Arnaldi"	91		91		25	
Pojana Maggiore	Casa albergo con mini alloggi "Dal Degan"						24
Orgiano	Casa di Riposo "S. Giuseppe"	57		57		37	
Sossano	Casa di Riposo "Comm. A. Michelazzo"	49	17	66		49	
	P.L. PREACCREDITATI	1514	371	1885	25	520	148
	I.R. ATTRIBUITE	1411	337				

Strutture per religiosi		
SEDE	CENTRO SERVIZIO	Posti di 1° livello
VICENZA	Suore Maestre di Santa Dorotea	75
VICENZA	RSA Casa Novello	40
		115

Centri diurni per persone non autosufficienti		
SEDE	CENTRO SERVIZIO	con Quote di Rilievo Sanitario
Vicenza	Centro Diurno O. Trento	27
Vicenza	Centro Diurno Via Bachelet	30
Vicenza	Centro Diurno Villa Rota Barbieri	40
Sandriago	"Suor Diodata Bertolo" – San Gaetano	6
		108

- **Le priorità di intervento: i bisogni emergenti**

Domiciliarità

- **Emergenze sociali**, spesso causa dell’utilizzo improprio della struttura ospedaliera e del pronto soccorso. Si verificano in particolare in nuclei familiari fragili in cui interviene un evento sociale e/o sanitario precipitante. È necessario attivare modelli organizzativi e percorsi certi e tempestivi di stretta integrazione tra ULSS, servizi sociali comunali e strutture residenziali per garantire un’offerta assistenziale, temporanea ma a rapida erogazione, in attesa del progetto definitivo di presa in carico.
- Necessità di favorire la continuità assistenziale domiciliare, anche con **l’offerta di servizi privati per utenti non autosufficienti**
Si evidenzia la presenza di una domanda potenziale, in progressiva crescita, che non trova risposte strutturate di offerta in particolare per le prestazioni assistenziali domiciliari a carattere privato. Si evidenzia la necessità che tali attività siano rese disponibili e qualificate con un sistema di garanzia per la qualità (accreditamento dei servizi domiciliari offerti da soggetti appartenenti al terzo settore). In questo ambito non può essere trascurata la necessità di attivare percorsi formativi per i famigliari/conviventi / personale privato, che richiedano/necessitino di acquisire abilità specifiche per il miglioramento della loro capacità assistenziale.
- **Necessità di sviluppare nuove forme di accoglimento diurno**. A partire dall’avvio delle U.V.M.D. si è assistito ad una progressiva integrazione dei Centri Diurni socio-sanitari nella rete dei servizi a supporto della domiciliarità. Ciò ha portato, in particolare nel territorio del Comune di Vicenza, ad un costante incremento della domanda di accesso a tali unità di offerta. Si osserva che l’utilizzo di tali servizi viene articolato secondo calendari di frequenza differenziati, in base alle necessità organizzative, ma soprattutto alla effettiva sostenibilità economica delle famiglie.
Inoltre, pur essendo in presenza di una domanda di servizi semiresidenziali anche presso i distretti periferici e di fronte alla possibilità teorica di ampliare l’offerta, vi è una reale difficoltà

di attivazione di ulteriori posti di centro diurno, per le caratteristiche gestionali e i costi determinati dalla normativa vigente in materia di autorizzazione ed accreditamento. Attualmente i Centri Diurni sono quasi esclusivamente presenti nel territorio del Comune di Vicenza, a causa dei problemi economici di gestione che possono trovare parziale soluzione grazie alla concentrazione residenziale dell’utenza e alla gestione dei trasporti. Possibile soluzione, anche se parziale, è l’attivazione di forme flessibili di accoglienza presso i nuclei dei centri di servizio residenziale (ottimizzazione delle marginalità assistenziali esistenti con contenimento dei costi, ad esempio possibilità di effettuare un numero limitato di accoglimenti diurni presso i nuclei di residenzialità che presentino standard assistenziali potenziati rispetto agli standard previsti dalla L.r.22/2001.

Contestualmente il problema della sostenibilità della retta dei centri diurni che ha un ridotto differenziale rispetto al costo della retta di accesso ai servizi residenziali, non facilita l’utilizzo di tale tipologia di offerta e ne rallenta la diffusione.

- **Maggiore richiesta di accoglimenti temporanei soprattutto di sollievo sociale.** Con il precedente piano locale della non autosufficienza si è proceduto a specializzare 70 impegnative per gli accoglimenti temporanei, di cui 62 di media intensità (Nuclei ad Alta Intensità socio sanitaria NAISS) e 8 di ridotta intensità. Tali impegnative hanno avuto un ottimale livello di utilizzo, evidenziando una domanda crescente e costante di tale tipologia di offerta. Si evidenzia la necessità di un’ulteriore fase di sviluppo, come evoluzione rispetto a quanto stabilito dalla D.G.R. 457/2007, per tutti i profili assistenziali SVAMA.

Residenzialità

- **Richiesta pressante di sostegno nei confronti delle persone affette da demenza e delle loro famiglie.** Dall’analisi della graduatoria di residenzialità dell’ultimo triennio e dalla verifica dei tempi di attesa per i diversi profili d’assistenza emerge, come particolarmente critica, la situazione delle persone con diagnosi di demenza e di gravi disturbi comportamentali (profili S.Va.M.A. 16 e 17) che risultano particolarmente penalizzati dall’attuale articolazione dell’offerta dei nuclei di 2° livello di intensità e dall’effettiva disponibilità degli stessi.
- **Incremento di casi di gravi disabili adulti con alti bisogni sanitari.** E’ in aumento il numero di persone adulte con gravi disabilità acquisite (es. sclerosi laterale amiotrofica, politraumatizzati, gravi tetraparetici, esiti di emorragie cerebrali, stati vegetativi, ecc.) con elevata necessità di cure (es. tracheostomizzati con frequenti aspirazioni, ventilazione assistita, ecc.). Questo fenomeno, in parte secondario ai progressi tecnologici della medicina, sta determinando la cronicizzazione di patologie un tempo ritenute letali e la conseguente necessità di individuare percorsi assistenziali dedicati anche nell’ambito della residenzialità extraospedaliera che tengano conto dell’età e della particolare condizione clinica.
- **Incremento delle persone con una non autosufficienza lieve/moderata che accedono con difficoltà alla rete residenziale per non autosufficienti.** Il territorio della U.L.S.S. n. 6 gode di un’ampia dotazione di posti letto autorizzati in Centri di Servizio per anziani autosufficienti ormai “fuori mercato” in quanto, negli ultimi 10 anni, si è assistito ad una continua riduzione di accesso a tale tipologia di offerta, ma anche al contemporaneo graduale e fisiologico aggravamento della popolazione che vi è ospitata che:
 - pur in condizioni di non autosufficienza non si trova in posizione utile per il rilascio di una impegnativa di residenzialità;
 - richiede livelli assistenziali crescenti tali da richiedere l’applicazione di standard organizzativi adeguati per strutture autorizzate come Centri Servizi per anziani non autosufficienti.

Contemporaneamente, si assiste a una pressante richiesta di accesso a titolo privato da parte di persone non autosufficienti, che non trovano accesso né in convenzione, in quanto

non sono titolari di una Impegnativa di residenzialità, né a titolo privato nei posti letto autorizzati per non autosufficienti, già stabilmente saturati.

• **Definizione delle politiche di intervento**

Gli strumenti/metodi principali utilizzabili per la programmazione sono:

- l’approccio di rete, da promuovere e sviluppare (progressiva integrazione delle cure primarie con i servizi offerti dal territorio), secondo un modello di continuità dell’assistenza a forte integrazione socio-sanitaria;
- la continuità assistenziale, al fine di rispondere alla complessità dei bisogni della persona e garantire una risposta non frammentata ma completa e personalizzata, in particolare per le fasce di popolazione più fragili (minori, anziani o persone affette da problematiche di salute mentale);
- il Distretto Socio Sanitario è il luogo privilegiato per l’integrazione di tutti i soggetti pubblici e privati che concorrono alla realizzazione della rete dei servizi:
 - le Unità Operative Cure Primarie distrettuali per l’erogazione dell’assistenza sanitaria;
 - i Medici di Medicina Generale quali referenti principali del percorso di presa in carico sanitaria dei propri assistiti, tramite lo sviluppo di forme associative evolute e coerenti con le caratteristiche geografiche e demografiche di ciascun Distretto;
 - i servizi sociali comunali, che sono chiamati per le attività di loro competenza ad individuare nuovi modelli organizzativi capaci di ottimizzare l’uso delle risorse disponibili per la realizzazione dei progetti assistenziali;
 - i soggetti del terzo settore e le associazioni di categoria.

Interventi consolidati

Un intervento trasversale è lo sviluppo che deve continuare di un **sistema informativo** di rete che coinvolga sempre più i diversi attori operanti nel territorio relativamente agli adulti anziani (ULSS, comuni, Medici di Medicina Generale (MMG), centri di servizio, privato sociale). Si tratta di una strategia di fondamentale importanza con significative ricadute sulla funzione dello sportello integrato, sull’analisi epidemiologica del bisogno, sulla valutazione dei processi e dei risultati.

Domiciliarità

- Va consolidata la capacità di rispondere in **maniera uniforme alla domanda crescente di cure domiciliari**, migliorando l’integrazione fra i servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, con particolare riferimento alla continuità assistenziale, servizi sociosanitari e servizi sociali. E’ in tal senso che nel territorio del Distretto di Vicenza questa azione **si sta concretizzando con la stesura di un Accordo di Programma** tra Comune di Vicenza, I.P.A.B. di Vicenza, U.L.S.S. e Regione Veneto per tratteggiare le linee di sviluppo del nuovo assetto dei servizi rivolti alle persone anziane;
- la definizione di più uniformi **regolamenti Comunali** di accesso ai servizi in tutto il territorio U.L.S.S., per garantire un livello minimo uniforme di accesso alle prestazioni sociali e in particolare al Servizio Assistenza Domiciliare (SAD);
- garantire la **continuità della assistenza** a pazienti con gravi disabilità acquisite a seguito di malattie cronico – invalidanti;
- **progetto Polo Alzheimer in fase di consolidamento nel territorio del Distretto di Vicenza grazie a:**
 - la formazione continua degli operatori;
 - il mantenimento delle attività di sostegno ed accompagnamento delle famiglie e dei malati, tramite i gruppi di auto mutuo aiuto e tramite la scuola per i famigliari;
 - la stabilizzazione delle esperienze in atto presso i nuclei Alzheimer del Comune di Vicenza estendendole anche nei territorio aziendale.

Residenzialità

- Migliorare l’articolazione e il dimensionamento dell’offerta di residenzialità di 2° livello rivolta a persone con grave deterioramento cognitivo e disturbi comportamentali;
- garantire l’accesso via Web alle informazioni relative alla carta dei servizi residenziali, con un aggiornamento quotidiano delle disponibilità di posti letto disponibili per non autosufficienti e per autosufficienti;
- mettere a regime il sistema di gestione delle Impegnative di residenzialità che permetta un migliore utilizzo delle risorse messe a disposizione del territorio U.L.S.S., garantendo nel contempo l’applicazione del principio dell’attribuzione delle Impegnative in base al criterio della gravità e della libera scelta;
- mantenimento ed adeguamento del livello di offerta per persone disabili affette da AIDS.

Azioni innovative

Servizi a bassa soglia

Diffusione delle sperimentazioni in atto nel territorio dell’Azienda, sia nell’ambito della residenzialità che della domiciliarità, dei servizi di prossimità e a bassa soglia.

Domiciliarità

- Studio di fattibilità **per la gestione dell’emergenza sociale**, tramite lo sviluppo della continuità assistenziale della rete dei servizi con l’offerta di prestazioni contingentate nel tempo ed erogate in tempi rapidi in sede domiciliare e residenziale. Ciò richiede un adeguamento dei processi di valutazione socio-sanitaria e dei modelli organizzativi destinati all’erogazione.
- **Promuovere le ammissioni protette (Ospedale – Pronto Soccorso) dei pazienti in carico all’A.D.I.** per aumentare l’efficacia dell’assistenza domiciliare e ridurre il numero dei ricoveri autogestiti. Facilitare l’accesso al NAISS o ai ricoveri di sollievo in attesa della definizione del successivo percorso di cura da parte delle U.V.M.D..
- **Potenziamento delle cure palliative come da DGR 4254 del 29/12/2009).**
- **Miglioramento della capacità di offerta di servizi a supporto della domiciliarità** anche tramite il coinvolgimento del privato sociale su linee di offerta di prestazioni domiciliari a totale carico delle famiglie. Sviluppo e accreditamento dei servizi domiciliari offerti da soggetti appartenenti al terzo settore) per migliorare il livello di distribuzione di servizi a supporto della domiciliarità, con costi a carico delle famiglie;
- **Estensione del Progetto Alzheimer** in tutti i territori interessati a partecipare alla sperimentazione dedicata alla popolazione anziana affetta da demenza. Verranno attivate le seguenti azioni innovative:
 - formazione rivolta a chi cura: familiari, assistenti familiari, volontari;
 - attività di supervisione a domicilio delle persone coinvolte nei percorsi formativi;
 - certificazione delle competenze acquisite;
 - evoluzione dei percorsi professionali di chi interviene nelle attività di cura a domicilio;
 - coinvolgimento e definizione di percorsi assistenziali per la presa in carico integrata, sia nell’attività territoriale che in quella residenziale, fra il Centro per il decadimento cognitivo, i Medici di Medicina generale e i Medici di Medicina Programmata dei pazienti con diagnosi di demenza;
 - formazione e gestione delle scuole per le famiglie e dei gruppi di sostegno ai malati e alle loro famiglie, in ciascun ambito territoriale;
 - sperimentazione di forme flessibili di accoglimento temporaneo e diurno/ notturno all’interno dei centri di servizio con nuclei dedicati a pazienti con diagnosi di demenza di 1° e 2° livello assistenziale;
 - sviluppare lo sportello integrato di tipo funzionale e parallelamente il sistema informativo della domiciliarità;

- promuovere lo sviluppo ulteriore dell’associazionismo medico (es. Unità Territoriale Assistenza Primaria – UTAP) e la sua interazione con i servizi a valenza sociosanitaria e sociale.

Residenzialità

- Potenziare gli accoglimenti temporanei di tutte le tipologie (livelli di intensità e modelli organizzativi) al fine di migliorare la filiera gestionale del paziente, armonizzando tutte le componenti del sistema e riducendo al massimo il fenomeno di sovrapposizione e competizione nella tipologia di offerta. L’obiettivo è garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in un ambito di elevata appropriatezza dei percorsi (lungodegenza, Nuclei di Assistenza Intermedia Socio Sanitaria – NAISS, ricoveri sollievo, ricoveri definitivi);
- promuovere in collaborazione con i Centri di Servizio e in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale lo studio di fattibilità finalizzato all’individuazione dei profili assistenziali inseribili nei posti letto attualmente autorizzati nei Centri di Servizio per anziani autosufficienti;
- integrare il percorso assistenziale rivolto a persone in condizione di Stato Vegetativo Permanente (SVP) nei percorsi assistenziali per le persone disabili adulte con gravi disabilità acquisite, in coerenza con le previsioni della programmazione locale;
- studio di fattibilità per la specializzazione di alcune impegnative di residenzialità per la popolazione psicogeriatrica;
- promuovere attività di miglioramento continuo della qualità dell’attività assistenziale nei Centri di servizio residenziali. Applicazione uniforme nei Centri servizi della scheda di valutazione della qualità assistenziale, al fine di individuare le aree di miglioramento e i percorsi di formazione prioritari;
- promuovere strategie di integrazione dei servizi residenziali nella rete dei servizi, al fine di accompagnare la loro graduale trasformazione in Centri di servizio residenziali, tramite la definizione di accordi locali nell’ambito del Piano Attuativo Territoriale (PAT).

C. Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona

Azioni di mantenimento

U.D.O. – Unità di Offerta

Gruppo:	Interventi residenziali						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti nell'anno solare previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Casa albergo/mini alloggi per anziani	PRIVATO NON PROFIT	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete	2011	134	3	€ 7.725,13	parziale
Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti	PRIVATO NON PROFIT	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete	2011	1975	2829	€ 35.527.509,32	parziale
SVP (Stati Vegetativi Permanenti)	I.P.A.B. DI VICENZA	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete	2011	10	9	€ 287.396,06	parziale
Hospice U.L.S.S. n. 6 Vicenza	U.L.S.S.	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete	2011	7	114	€ 887.466,74	parziale

Gruppo:	Interventi semi-residenziali						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Centro diurno per persone anziane non autosufficienti	PRIVATO NON PROFIT	Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete	2011	106	171	€ 608.143,23	parziale

I.C.P. – Insiemi Complessi di Prestazioni

Gruppo:	Interventi di accesso, consulenza e presa in carico						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Attività di supporto per il reperimento di alloggi	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	198	€ 21.736,34	parziale

Gruppo:	Altro intervento						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
SERVIZIO ANZIANI (personale)	AULSS 6	Centralità del territorio	2011	n.p.	n.p.	€ 373.138,32	parziale

Gruppo:	Interventi domiciliari/territoriali						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Trasporto sociale (escluso il trasporto scolastico, salvo le agevolazioni alle famiglie povere)	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	556	€ 101.744,09	parziale
Telesoccorso e teleassistenza	REGIONE	Centralità della persona.	2011	n.p.	1590	€ 413.516,58	parziale
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	559	€ 276.768,48	parziale
Altro intervento domiciliare/territoriale	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	82	€ 3.217,71	parziale



Gruppo:		Interventi residenziali						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste		
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato	
NUCLEO H.RSA Suor Diodata Bertolo	PRIVATO NON PROFIT	Promozione dei livelli qualitativi dell'offerta di rete	2011	30	285	€ 646.920,82	parziale	
Nucleo Psicogeriatrico IPAB Ca Arnaldi	PRIVATO NON PROFIT	Promozione dei livelli qualitativi dell'offerta di rete	2011	10	10	€ 348.703,88	parziale	
Nucleo Psicogeriatrico Residenza Albero d'Argento	PRIVATO NON PROFIT	Promozione dei livelli qualitativi dell'offerta di rete	2011	51	56	€ 1.187.327,16	parziale	

Gruppo:		Interventi di socializzazione, prevenzione, in-formazione, azioni di sistema						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste		
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato	
Attività di prevenzione	U.L.SS.	Centralità della persona.	2011	n.p.		€ 6.716,01	parziale	
Centri di aggregazione/sociali	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	7	€ 4.169,70	parziale	
Servizi di prossimità/buonvicinato/gruppi di auto-aiuto	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	10	€ 333,32	parziale	
Attività ricreative di socializzazione	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	2301	€ 255.786,22	parziale	
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	418	€ 54.204,07	parziale	
Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc.	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.		€ 4.576,50	parziale	

Gruppo:		Sostegno economico						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste		
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato	
Altro sostegno economico	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	433	€ 59.808,16	parziale	
Contributi economici per alloggio	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	224	€ 229.835,73	parziale	
Contributi per favorire interventi del Terzo Settore	COMUNI	Centralità del territorio.	2011	n.p.	4	€ 6.670,50	parziale	
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	1	€ 4.371,07	parziale	
Contributi economici per servizio trasporto e mobilità	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.		€ 2.308,59	parziale	
Contributi per servizi alla persona	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	5	€ 19.968,14	parziale	
Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale	REGIONE -COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	549	€ 2.661.381,20	parziale	
Contributi economici a integrazione del reddito familiare	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	832	€ 185.467,50	parziale	
Buoni spesa o buoni pasto	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	2	€ 2.484,70	parziale	
Contributi economici erogati a titolo di prestito/prestiti d'onore	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	1	€ 2.035,90	parziale	
Contributi economici per l'accoglienza di adulti e anziani	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.		€ 6.433,54	parziale	
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	101	€ 76.240,77	parziale	
Retta per centri diurni	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	359	€ 26.090,37	parziale	
Retta per prestazioni residenziali	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	300	€ 2.037.658,88	parziale	

Progetti di sistema

Gruppo:	Interventi di socializzazione, prevenzione, informazione, azioni di sistema					
Tipo di azione:	Potenziamento					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Utenti Previsti (se pertinente)	Risorse previste	
Tipo di intervento					Ammontare finanziario	Copertura del dato
PROGETTO POLO ASSISTENZIALE ALZHEIMER	FONDAZIONE BANCARIA-U.L.S.S.-IPAB-CENTRI DI SERVIZIO-COMUNI	Programmazione dei servizi	2011/2012	<i>n.r.</i>	€ 1.687.080,50*	<i>Totale</i>

Azioni di potenziamento o riconversione

Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica / Politiche di riferimento	Anno	Posti/Utenti	Risorse
Centri di servizio residenziali per anziani non autosufficienti: specializzazione di un numero progressivo di impegnative di residenzialità di I e II livello per sviluppare gli accoglimenti temporanei.	CENTRI DI SERVIZIO-ULSS	Centralità della persona; potenziamento residenzialità.	2011	641 (82 Impegnative di Residenzialità di 2° livello) 194 (16 IR di 1° l.)	€ 1.994.622,80
Omogeneizzazione dei regolamenti comunali	COMUNI	Centralità del territorio; potenziamento domiciliarità	2011	<i>n.r.</i>	<i>isorisorse</i>
Centri di servizio residenziali per anziani non autosufficienti: azione formazione operatori (Progetto Polo Alzheimer)	ULSS.-COMUNI-IPAB	Promozione livelli qualitativi ottimali; potenziamento domiciliarità	2011	170	€ 90.000,00 *(ricompresi nel progetto di sistema)
Gruppi di auto-mutuo-aiuto e scuola dei familiari (Progetto Polo Alzheimer)	ULSS-COMUNI	Centralità della persona; Potenziamento domiciliarità	2011	45	€ 10.000,00 *(ricompresi nel progetto di sistema)
Centri di servizio residenziali per anziani non autosufficienti: sostegno standard aggiuntivi nei nuclei di residenzialità (Progetto Polo Alzheimer)	ULSS-I.P.A.B.	Programmazione dei servizi; Potenziamento residenzialità	2011	60	€ 90.000,00 *(ricompresi nel progetto di sistema)
Centri di servizio residenziali per anziani non autosufficienti: riconversione di 32 posti letto da 1° livello in 2° livello	ULSS-CENTRI DI SERVIZIO	Centralità della persona; Potenziamento dell'offerta di posti di 2° l. per persone con profili SVAMA 16 e 17.	2011	32 posti letto	<i>isorisorse</i>
Centri di servizio residenziali per anziani non autosufficienti: stesura di accordi nell'ambito del Piano Attuativo Territoriale.	ULSS-TERZO SETTORE-CENTRI DI SERVIZIO-COMUNI	Programmazione dei servizi.	2011	<i>n.r.</i>	<i>isorisorse</i>
Creazione di un nucleo per pazienti psicogeriatrici. Studio di fattibilità per la riconversione di posti letto di II livello per la gestione di persone anziane con problematiche psichiatriche croniche (nel quinquennio 16 IR)	ULSS	Promozione dei livelli qualitativi ottimali della rete di offerta	2011	10	€ 207.758,00

Azioni di innovazione

<i>Interventi</i>	<i>Soggetto/ responsabile/ della gestione</i>	<i>Politica / Politiche di riferimento</i>	<i>Anno</i>	<i>Posti/ Utenti</i>	<i>Risorse</i>
Studio di fattibilità per adeguare i tempi di valutazione socio-sanitaria e la risposta delle unità d'offerta specializzate per la gestione delle emergenze.	COMUNI-ULSS E CENTRI DI SERVIZIO	Centralità della persona; gestione delle emergenze sociali	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Implementare il percorso assistenziale per l'ammissione protetta in Ospedale dei pazienti in carico all'ADI.	ULSS	Centralità del territorio; continuità assistenziale territorio/ospedale/territorio	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
U.O. Ospedaliere / Centri di servizio residenziali per anziani non autosufficienti: aumentare l'appropriatezza nell'utilizzo delle diverse tipologie assistenziali in regime residenziale ospedaliero ed extraospedaliero in occasione delle dimissioni.	ULSS	Programmazione di servizi; migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo dell'offerta di residenzialità temporanea	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Attivazione del Progetto esecutivo per lo sviluppo delle reti di cure palliative aziendali (D.G.R. 4254/2009).	ULSS	Promozione dei livelli qualitativi ottimali; potenziamento Cure Palliative	2011	<i>n.p.</i>	€ 94.600,00
Sviluppo e accreditamento dei servizi domiciliari offerti dal Privato Sociale. Studio di fattibilità per individuare i criteri minimi di erogazione dei servizi domiciliari offerti da soggetti privati al fine di fornire garanzie all'utenza della qualità dei servizi resi.	COMUNI-PRIVATO SOCIALE	Centralità della persona; potenziamento domiciliarietà	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Centri di servizio residenziali per anziani non autosufficienti: studio di fattibilità finalizzato all'individuazione dei profili assistenziali inseribili nei posti letto attualmente autorizzati nei Centri di Servizio per anziani autosufficienti	U.L.S.S. E CENTRI DI SERVIZIO	Centralità del territorio; potenziamento residenzialità	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Assistenza Domiciliare privata: azione formazione e accreditamento delle competenze (Progetto Polo Alzheimer)	U.L.S.S.-COMUNI-CENTRI DI SERVIZIO	Centralità della persona; potenziamento domiciliarietà	2011	60	€ 20.000,00 *(ricompresi nel progetto di sistema)
Azione di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generali e dei Medici di medicina Programmata dei Centri di Servizio per la definizione dei percorsi assistenziali integrati con il Centro di decadimento cognitivo (Progetto Polo Alzheimer).	U.L.S.S.-COMUNI-CENTRI DI SERVIZIO	Centralità del territorio; potenziamento domiciliarietà	2011	20	€ 32.200,00 *(ricompresi nel progetto di sistema)
Azione di potenziamento delle attività del Centro di decadimento cognitivo al fine di sviluppare l'integrazione con l'attività distrettuale (Progetto Polo Alzheimer)	U.L.S.S.	Programmazione dei servizi; potenziamento domiciliarietà	2011	550	€ 122.548,00 *(ricompresi nel progetto di sistema)
Centri di servizio per anziani non autosufficienti: sperimentazione forme flessibili accogliamento temporaneo e diurno/notturno nei Centri di Servizio con nuclei dedicati a pazienti con demenza di I e II livello (Progetto Polo Alzheimer)	U.L.S.S.-CENTRI DI SERVIZIO	Centralità della persona; potenziamento residenzialità	2011	24	€ 79.213,00 *(ricompresi nel progetto di sistema)
Sperimentazione gruppo operativo assistenziale specializzato per interventi domiciliari urgenti e per attività riattivazione cognitiva a domicilio (Progetto Polo Alzheimer).	COMUNE DI VICENZA	Programmazione dei servizi; potenziamento domiciliarietà	2011	<i>n.p.</i>	€ 106.550,00 *(ricompresi nel progetto di sistema)
Centri di servizio per anziani non autosufficienti: attivazione gruppi di sostegno ai malati (Progetto Polo Alzheimer)	U.L.S.S.-CENTRI DI SERVIZIO	Promozione dei livelli qualitativi ottimali; potenziamento residenzialità	2011	60	€ 31.500,00 *(ricompresi nel progetto di sistema)
Centri di servizio per anziani non autosufficienti: progetto di miglioramento continuo della qualità assistenziale nei centri di servizio residenziali	U.L.S.S.-CENTRI DI SERVIZIO	Promozione dei livelli qualitativi ottimali; potenziamento residenzialità	2011	1885	<i>isorisorse</i>
Coinvolgimento dei medici di medicina generale nel processo di evoluzione organizzativa e di ampliamento di offerta di Servizi Residenziali	ULSS	Promozione dei livelli qualitativi ottimali	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Servizi a bassa soglia: rilevazione delle esperienze in atto e messa in rete delle best practice	ULSS-COMUNI-I.P.A.B.-PRIVATO SOCIALE-VOLONTARIATO-CARITAS	Centralità della persona	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>

3.3 Disabilità

A. Analisi del contesto

Domiciliarità

Nell’ambito delle attuali unità di offerta a favore della Domiciliarità, il Centro Diurno per persone con disabilità rimane il principale servizio cui hanno accesso, al 31/12/2009, 541 persone, di cui 500 sono presenti nei Centri Diurni del territorio dell’Azienda mentre 41 persone frequentano Centri Diurni esterni al territorio dell’Ulss n. 6 Vicenza.

L’analisi dell’andamento degli inserimenti nei Centri Diurni conferma un trend in decisa crescita di circa 20/25 persone all’anno fino al 31.12.2009. A fronte di tali numeri, le strutture attuali presentano una capacità ricettiva residua assai limitata che, in assenza di nuove realizzazioni, potrebbe portare nel giro di qualche anno alla saturazione dei posti disponibili.

L’attuale fotografia degli utenti nei Centri Diurni presenta due elementi di rilievo principali: il progressivo aumento dell’età anagrafica, circa il 10% ha un’età superiore ai 56 anni e una decisa prevalenza di percorsi educativi per persone che presentano una situazione di importante gravità dal punto di vista assistenziale e/o comportamentale. A ciò si aggiungono persone con disabilità che presentano bisogni particolari (autismo, gravi cerebrolesi) cui rispondere con percorsi specifici e personale propriamente qualificato.

Rispetto agli altri servizi a favore della Domiciliarità, l’intervento di sostegno alla famiglia in ambito domiciliare ha registrato, in particolare nell’ultimo triennio, un deciso incremento di utenti: per l’anno 2010, sono stati ipotizzati, budget permettendo, 116 utenti a fronte di 92 utenti nel 2009 e 71 nel 2008: la maggior parte di essi sono persone con disabilità che fruiscono contemporaneamente di altri servizi (Centri Diurni, Accoglienza Temporanea, Assistenza Scolastica) a dimostrazione di come il sostegno in ambito domiciliare sia utilizzato quale strumento integrativo per favorire la permanenza della persona disabile nel proprio ambiente di vita. L’intervento in ambito domiciliare, inoltre, si sta rivelando un valido supporto per sollevare i familiari dal carico assistenziale, permettere loro di usufruire di tempi personali e offrire occasioni di scambio e confronto con l’operatore. La tipologia di sostegno realizzata in questa Ulss prevede dei programmi di natura prettamente assistenziale e programmi di tipo educativo. Gli altri percorsi sperimentali o di integrazione sociale nel territorio, nell’ambito della Domiciliarità, rappresentano interventi limitati in termini di persone con disabilità che vi hanno accesso e in termini di conoscenza condivisa e diffusa da parte di tutti gli attori del territorio. Dato il carattere di sperimentazione, per questi interventi si aggiunge il problema di una diversa interpretazione e applicazione in termini di obiettivi, requisiti di accesso e modalità gestionali.

Integrazione lavorativa

Il Servizio Integrazione Lavorativa (SIL) dell’ULSS n. 6 evidenzia negli ultimi anni, con il diffondersi della crisi economica, un aumento del periodo di permanenza nella graduatoria provinciale del Collocamento mirato ai sensi della “Legge 68/1999” dei Servizi per l’Impiego della Provincia di Vicenza. A fronte delle oggettive difficoltà delle aziende a individuare posizioni lavorative utili alla formazione e attività produttive compatibili cui adibire le persone, a causa della mancanza di lavoro, si registra anche il rischio per le persone già assunte di perdere il posto di lavoro, in ragione dell’eventuale peggioramento delle patologie, o dell’evoluzione della situazione individuale o di crisi aziendali. Allo stesso modo e per gli stessi motivi si sta prolungando l’attesa pure per un eventuale *percorso d’integrazione lavorativa – formazione al lavoro*.

Scuola e Disabilità

Un altro importante ambito per cui, in questi ultimi anni, è sorta l’esigenza di approfondire e condividere alcune criticità che riguardano la scuola e i rapporti con i servizi della disabilità e il SIL. Negli ultimi anni la scuola ha registrato un aumento delle certificazioni di circa il 6-7% annuo

con un conseguente incremento delle richieste di sostegno. In particolare, oltre al crescente numero di alunni con disabilità medio gravi, si è registrata, negli ultimi anni, una crescente domanda di sostegno per alunni con disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche. A fronte di questa complessità, ad oggi, manca un percorso di collaborazione tra Scuola, servizi della disabilità e il SIL al fine di promuovere una razionalizzazione delle risorse e costruire/condividere un **progetto di orientamento** appropriato utile per il proseguimento del percorso della persone con disabilità che ha concluso l'esperienza scolastica e formativa.

Residenzialità

Per ciò che concerne il servizio residenziale, negli ultimi anni si è assistito ad un consolidamento nel numero annuo di utenti che vi accedono, registrando un trend di crescita annuo pari a circa 9 utenti. Al 01.01.2010 le persone con disabilità appartenenti all'ULSS n. 6 inserite in strutture residenziali sono 166, di cui circa il 67% in strutture per disabili dell'ULSS 6 e il 33% in strutture diverse (ad esempio psichiatriche), strutture fuori ULSS o in case di riposo. Questo dato fornisce una prima immagine grezza della diversificazione delle tipologie di bisogno presenti nel territorio, cui si cerca di dare risposta attraverso le diverse realtà esistenti. Nell'ambito delle strutture del territorio di questa Azienda sono da annoverare anche le persone con disabilità provenienti da altre Ulss, che in alcune strutture costituiscono la maggior parte delle presenze. La densa progettualità degli Enti gestori del territorio permette tuttavia di poter contare ancora su un congruo numero di posti disponibili nei prossimi anni.

Nell'ambito delle strategie a favore della Domiciliarità, l'Accoglienza Temporanea costituisce forse il servizio più utilizzato come alternativa alla residenzialità definitiva. Le accoglienze programmate, che negli ultimi anni si sono consolidate quale mezzo fondamentale di sollievo per le famiglie, hanno coinvolto 105 persone nel 2009, per un totale di quasi 4800 giornate di inserimento. Il trend annuo di giornate effettuate, in costante aumento, conferma la strategicità del servizio fornito.

B. Le strategie di indirizzo per il periodo di riferimento del piano di zona

La Vision

Sostenere la persona con disabilità e la sua famiglia nell'affermare un'identità personale e un'identità sociale adeguate.

Favorire la realizzazione di Progetti che, nell'ambito di una progressiva diffusione della cultura della Domiciliarità,

- valorizzino le risorse e le competenze presenti
- orientino la scelta verso forme di risposta sempre più differenziate, integrate e flessibili, adeguate alle esigenze personali e familiari.

• Le priorità di intervento

Domiciliarità

- Superare la difficoltà di rispondere al crescente bisogno di centro diurno compatibilmente alle risorse e programmare un numero di posti congruo nel prossimo quinquennio;
- sviluppare la rete dei servizi in modo tale da garantire risposte adeguate ai bisogni peculiari di ciascuna persona;
- supportare le strutture esistenti nel formulare una risposta socio-sanitaria alla persona ospite dei Centri Diurni;
- definire l'unità di offerta standard omogenea in tutto il territorio;
- rivedere gli obiettivi, requisiti di accesso, modalità gestionali delle seguenti unità di offerta (rinominando le stesse ove opportuno):

- *interventi di sostegno in ambito domiciliare;*
- *progetti Integra;*
- *progetti sperimentali;*
- *progetti di integrazione sociale nel territorio;*
- *progetti innovativi e integrativi;*
- *servizio di accoglienza temporanea.*

Integrazione lavorativa

Potenziare le progettualità nell’ambito dell’integrazione lavorativa e dell’integrazione sociale finalizzate al sostegno e al mantenimento dell’inserimento in contesto lavorativo.

Scuola – Disabilità

- Razionalizzare le risorse messe in campo (confronto sulle assegnazioni; compresenza insegnanti di sostegno – Operatori Socio Sanitari – OSS; valorizzazione personale Amministrativo Tecnico e Ausiliario – ATA).
- Approfondire la conoscenza degli alunni con disabilità della scuola superiore e potenziamento della presa in carico degli alunni negli ultimi anni di frequenza scolastica.
- Potenziare l’azione di orientamento in uscita dalla scuola media inferiore.
- Potenziare l’azione di orientamento in uscita dalla scuola media superiore collegandola alla politica di Domiciliarità in via di definizione e di sviluppo (valorizzare e sistematizzare le esperienze di alternanza Scuola – Centro Diurno e di alternanza Scuola – Mondo del Lavoro – SIL).
- Sostenere il progetto di integrazione scolastica di persone con autismo o problematiche comportamentali (Servizio di Neuropsichiatria Infantile, U.O. Disabilità, U.O. Infanzia Adolescenza e Famiglia, Scuola).

Residenzialità

- Superare le difficoltà di rispondere al crescente bisogno di intervento residenziale in modo sostenibile.
- Sviluppare una rete di servizi tale da garantire risposte adeguate ai bisogni peculiari di ciascuna persona nell’ambito della programmazione posti letto.
- Supportare le strutture esistenti nel formulare un’adeguata risposta socio-sanitaria alla persona ospite.
- Ripensare i rapporti contrattuali tra Pubblica Amministrazione ed Enti gestori e sistematizzare le forme di verifica della qualità del funzionamento delle strutture residenziali.

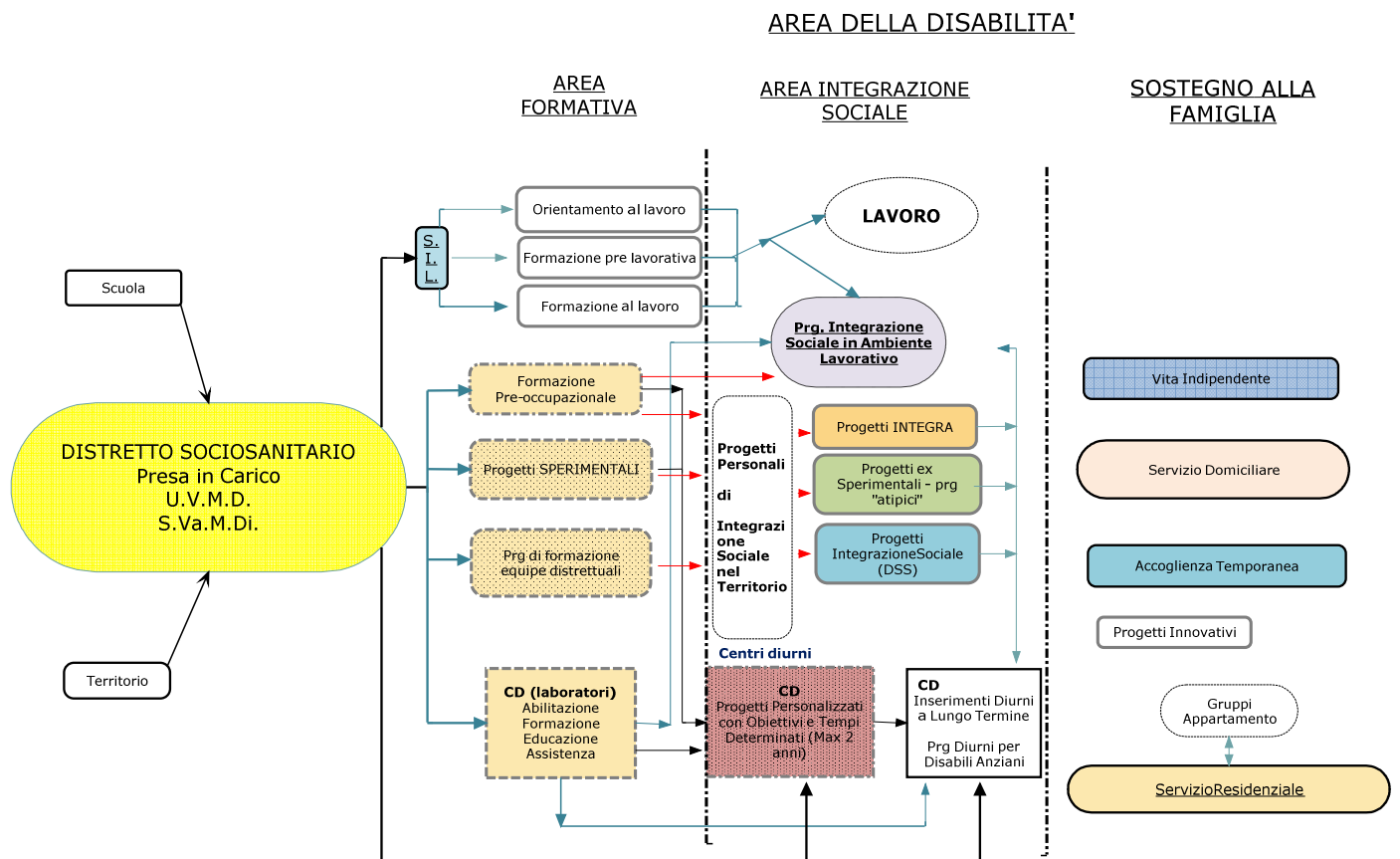
• Definizione delle politiche di intervento

Domiciliarità

1. Definizione di una nuova politica della domiciliarità
 - Superamento della rigidità del rapporto tra Domanda e Offerta.
 - Definizione e Realizzazione di “Progetti di Domiciliarità”.
 - Diversificazione dei “percorsi di inserimento”.
 - Ridefinizione delle Unità di Offerta (UDO).
 - Costruzione di un rapporto di “corresponsabilità” con la famiglia.
 - Potenziamento dell’azione di accompagnamento e di mediazione territoriale per la realizzazione del progetto.
 - Azione formativa trasversale alla rete dei servizi per la condivisione della strategia.

Ciò implica una ridefinizione dei Servizi (Unità di Offerta, requisiti e criteri di accesso, modalità di gestione e finanziamenti dedicati) e una loro attivazione nell’ambito di un Progetto di Domiciliarità da proporre e contrattare con la Persona e la Famiglia.

I percorsi possibili della strategia della domiciliarità



I Progetti di domiciliarità devono basarsi sulla disponibilità di percorsi, progetti, servizi che possono essere messi in relazione tra di loro in modo articolato, flessibile e meno “istituzionalizzante”.

In particolare va ridefinito il percorso della presa in carico che prevede la **conoscenza**, e l’**orientamento** della persona con disabilità, in modo tale da selezionare e definire le tappe del percorso successivo alla luce delle risultanze di questa prima fase e dei reali obiettivi raggiunti. E’ una presa in carico della persona che costringe ad un investimento diretto e personalizzato sulle competenze per arrivare al grado massimo di sviluppo delle capacità complessive della persona in modo da attivare la risposta meno “istituzionalizzante”. Si prevedono moduli di intervento flessibili che impegnano risorse, ambienti e tempi differenti da quelli previsti dalla tradizionale frequenza del centro diurno.

Tale presa in carico e il conseguente accompagnamento ad un percorso di crescita e di formazione dovrà dilazionare in ogni caso l’entrata in un Centro Diurno in modo “definitivo” o con progetti di inserimento a “lungo termine”. La presa in carico potrà anche significare l’individuazione di percorsi “formativi” all’interno dei Centri Diurni per l’utilizzo delle professionalità e degli strumenti educativi che meglio si prestano per il raggiungimento dello scopo “abilitativo” e formativo ma con **obiettivi definiti e delimitati nei contenuti e nel tempo**.

2. Sostegno alla rete dei centri diurni per adeguare le risposte alla complessità dei bisogni.

La finalità è quella di supportare le strutture esistenti nel formulare una risposta sanitaria alla persona ospite dei Centri Diurni (necessità di interventi infermieristici e specialistici).

3. Ridefinizione dei rapporti tra gli attori della rete

Alla luce dell'imminente scadenza dell'*Accordo di Programma per la programmazione e la gestione dei servizi in favore delle persone con disabilità e le loro famiglie*, si impone una rivisitazione delle regole di funzionamento della Rete Locale fra tutti gli i Soggetti coinvolti nell'area della disabilità.

Scuola - Disabilità

1. Avviare una nuova fase di dialogo e di collaborazione tra scuola e azienda ULSS.
2. Rafforzare la presa in carico dell'alunno con disabilità in età scolare in modo da garantire alla famiglia la continuità progettuale che lo accompagna all'età adulta.

Residenzialità

1. Ridefinizione della risposta residenziale.

L'esigenza di far fronte alla crescente richiesta di servizi residenziali, impone il monitoraggio e la ridefinizione delle risposte residenziali in relazione allo sviluppo di una nuova strategia di domiciliarità (vedi Politica della Domiciliarità n.1).

2. Sostegno alla rete nel rispondere a bisogni diversi.

L'emergere di bisogni diversificati, sia in termini di nuovi target di popolazione che di intensificazione dei bisogni sanitari dell'utenza già presente nelle strutture, esige un sostegno alla rete affinché possa rispondere a questi bisogni in evoluzione.

Si tratta quindi di aggiornare la Programmazione di nuove Unità di Offerta in coerenza con il parametro regionale (0,7 per mille) e di supportare le strutture esistenti a rispondere ai diversi e sempre più importanti bisogni sanitari delle persone con disabilità.

Linee di indirizzo:

- Uso razionale dei posti letto già esistenti e ancora disponibili.
- Ottimizzazione della gestione delle strutture residenziali già esistenti attraverso l'ampliamento dei posti letto.
- Programmazione di posti letto in relazione all'andamento del bisogno e la cui realizzazione sarà subordinata all'utilizzo dei posti letti già esistenti e alla disponibilità dei finanziamenti socio-sanitari (PROGRAMMAZIONE CONCERTATA).
- Realizzazione di nuove strutture che rispondano ad un criterio di funzionalità ed ottimizzazione delle risorse (prevalentemente contigue al Centro Diurno).
- Realizzazione di almeno una RSA in relazione ai bisogni sanitari complessi che stanno emergendo.

Situazione attuale posti letto

tab. n. 1

Progetti	Territorio di appart.za	Posti letto da PdZ precedenti	Posti letto per definitivi	Posti letto per acc. temp.	Posti letto liberi
C.A. La Capannina	Vicenza	8	8	0	0
C.A. Casa Silvestri - Fond. Poli	Vicenza	16	16	0	0
C.A. Casa Serena	Monticello C.Otto	9	9	0	0
C.A. Città Solidale Cerato	Vicenza	7	7	0	0
C.A. Città Solidale Bolzano Vic.no	Bolzano Vic.no	6	6	0	0
C.A. Città Solidale S. Felice	Vicenza	10	9	1	0
C.A. Città Solidale Lisiera	Bolzano Vic.no	7	6	1	0
C.A. Città Solidale Sandrigo	Sandrigo	10	7	2	1
C.A. Fondazione C. Stefani	Noventa Vic.na	16	14	2	0
Casa Fonos Bertesina	Vicenza	8	1	2	5
Casa Fonos Bolzano Vic.no	Bolzano Vic.no	8	0	0	8
Ist. Palazzolo S. Chiara	Vicenza	33	32	1	0
MeA - Valletta del Silenzio	Vicenza	32	30	2	0
C.A. Il Nuovo Ponte 1 e 2	Vicenza	18	4	2	12
Totale		188	149	13	26

Riepilogo posti letto

tab. n. 2

POSTI LETTO A DISPOSIZIONE	188
POSTI LETTO OCCUPATI	149
POSTI LETTO OCCUPATI PER ACCOGLIENZE TEMPORANEE	13
POSTI LETTO LIBERI ATTUALMENTE	26

La precedente programmazione prevedeva la costruzione di 10 posti letto da parte della Casa di Riposo Serse Panizzoni e 20 posti letto da parte della Cooperativa Il Nuovo Ponte di cui ne sono stati realizzati 18.

NUOVA PROGRAMMAZIONE

Aumento posti letto da ampliamento

tab. n. 3

Progetti	Territorio di appart.za	Posti letto
Fondazione Candida Stefani – comunità alloggio -	Noventa Vicentina	8 (*)
Integrazione posti letto c.a. Città Solidale Luisa e Renato	Vicenza	1
Integrazione posti letto c.a. Città Solidale Lisiera	Vicenza	1
Integrazione posti letto c.a. Casa Serena	Monticello C.Otto	1
Totale		11

(*) E' stato valutato di riconoscere solo uno dei due moduli di 8 posti ciascuno. Rimane una comunità alloggio non utilizzata anche se già esistente.

Aumento posti letto da nuove realizzazioni

tab. n. 4

Progetti	Territorio di appart.za	Posti letto
Progetto nuovo nucleo Coop. MeA (*)	Vicenza	8
Progetto Dopo di Noi Ass. Proviamo Insieme per l'Handicap	Camisano Vic.no	10
Progetto Fondazione F. Poli	Lisiera	14
Progetto Serse Panizzoni	Camisano Vic.no	10
Totale		42

(*) ipotesi nuovo nucleo che permetta riconversione della struttura "Valletta del Silenzio" da comunità residenziale a RSA

RIEPILOGO POSTI LETTO	
SITUAZIONE ATTUALE POSTI LETTO	188
AUMENTO POSTI LETTO DA AMPLIAMENTO	11
AUMENTO POSTI LETTO DA NUOVE REALIZZAZIONI	42
TOTALE POSTI LETTO	241

NUOVE REALIZZAZIONI	42 posti letto
destinazione del 10% dei posti letto da nuove realizzazione a sostegno della mobilità e/o per eventuale uso privato	4 posti letto
posti da nuove realizzazioni ad uso pubblico	38 posti letto



DETERMINAZIONE POSTI LETTO SULLA BASE POPOLAZIONE	
popolazione attuale	318.436 abitanti
ipotesi trend aumento prox 5 anni	6,50%
ipotesi popolazione al 2015	339.134 abitanti
parametro 0,7 per mille su popolazione al 2015	237 posti letto

POSTI COMPLESSIVI:	
POSTI ATTUALI	188
POSTI DA AMPLIAMENTO	11
POSTI DA NUOVE REALIZZAZIONI ESCLUSO DESTINAZIONE AD USO PRIVATO	38
TOTALE	237

CRITERI VINCOLANTI LA PROGRAMMAZIONE LOCALE 2011-2015

1. La programmazione locale dei posti letto 2011-2015 è correlata all'andamento del bisogno previsto per il prossimo quinquennio sulla base del trend degli ultimi anni
2. **L'utilizzo dei posti letto con il rilascio dell'impegnativa di residenzialità sarà subordinata alla disponibilità dei finanziamenti socio-sanitari**
3. Prioritariamente verranno utilizzati i posti letto già esistenti e ancora disponibili o i posti letto risultanti da ampliamento di strutture residenziali già esistenti e finalizzati all'ottimizzazione della gestione delle strutture stesse
4. Pianificazione

LA PIANIFICAZIONE

L'attivazione dei posti letto da nuove realizzazioni sarà subordinata all'effettivo bisogno registrato secondo la seguente pianificazione:

PROGETTO		PIANIFICAZIONE
Progetto Disabilità Casa di Riposo Serse Panizzoni	inserito nel precedente Piano di Zona	al 30/06/2012 verifica sull'avvio della realizzazione del progetto. in caso contrario stralcio dalla Programmazione Locale
Casa Fonos di Bolzano Vicentino	inserito nel precedente Piano di Zona	entro 30/06/2012 verifica della disponibilità dei posti letto a completa disposizione della rete. In caso di negata disponibilità stralcio dalla Programmazione Locale
Progetto Dopo di Noi Ass. Proviamo Insieme per l'Handicap	Piano di Zona 2011-2015	al 01/01/2012 verifica delle condizioni per l'avvio all'utilizzo dei posti letto
Progetto nuovo nucleo Coop. MeA per la realizzazione di una RSA	Piano di Zona 2011-2015	dal 01/01/2011 inizio del percorso di riconversione al fine di poter valutare l'avvio della RSA da giugno 2012
Progetto Fondazione Ferruccio Poli	Piano di Zona 2011-2015	<p>IPOTESI A) dal 30/06/2012 attivazione di 20 posti letto in 2 nuclei a Lisiera con trasferimento di 6 posti letto da viale Trieste e permanenza di una comunità alloggio di 10 posti letto in viale Trieste a Vicenza.</p> <p>IPOTESI B) dal 30/06/2012 creazione di una RSA da 20 posti a Lisiera o di 2 comunità alloggio nella misura in cui la RSA già prevista da questa programmazione, copra tutto il fabbisogno. Questa ipotesi, che prevede il mantenimento delle 2 comunità alloggio di 16 posti complessivi in Viale Trieste, sarebbe possibile solo con la redistribuzione dei posti letto assegnati con questa programmazione e non realizzati da parte di altri Enti gestori</p>

Nuove progettazioni in ambito provinciale

tab. n. 5

Progetti	Territorio di appart.za	Posti letto	Note
Progetto Centro Polivalente Papa Luciani struttura socio-sanitaria per GCA (a livello provinciale)	Altavilla Vicentina	20	Non rientra tra i posti letto da conteggiare nel parametro dello 0,7 per mille per l'Ulss 6. Progetto con ipotesi di copertura tramite finanziamento regionale
Progetto Comunità Alloggio per utenti con problematiche autistiche (Autismo Triveneto e Primavera 85)	Villabalzana di Arcugnano	10	Il progetto è stato inserito nel Piano di Zona dell'Ulss 5, con possibilità di utilizzo dei posti letto anche da parte dell'Ulss 6

Nuove progettazioni gruppi appartamento (natura sociale)

tab. n. 6

Progetti	Territorio di appart.za	Posti letto	Note
Comunità alloggio 3 ^a Coop. Nuovo Ponte	Vicenza	8	<i>non rientrano nella programmazione visto il carattere sociale e non sociosanitario</i>
Progetto Comunità Alloggio La Rocca - Associazione Brain	Altavilla Vicentina	10	<i>non rientrano nella programmazione visto il carattere sociale e non sociosanitario</i>

3. Ridefinizione dei rapporti tra gli attori della rete.

Le criticità rilevate negli ultimi anni hanno portato alla necessità di una ridefinizione dei rapporti all'interno della rete tra gli attori coinvolti.

C. Le azioni previste per il periodo di riferimento del piano di zona

Azioni di mantenimento

U.D.O. – Unità di Offerta

Gruppo:		Interventi residenziali					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Gruppo appartamento per persone con disabilità	PRIVATO NON PROFIT	Centralità della persona.	2011	<i>n.r.</i>	1	€ 858,25	<i>parziale</i>
Comunità alloggio per persone con disabilità	ULSS- COMUNI-PRIVATO NON PROFIT	Centralità della persona.	2011	29	55	€ 559.028,08	<i>parziale</i>
Comunità residenziale	ULSS- COMUNI-PRIVATO NON PROFIT	Centralità della persona.	2011	106	169	€ 4.168.624,42	<i>parziale</i>

Gruppo:		Interventi semi-residenziali					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Centro diurno per persone con disabilità	ULSS- COMUNI-PRIVATO NON PROFIT	Centralità della persona.	2011	672	449	€ 8.757.774,06	<i>parziale</i>

I.C.P. – Insieme Complesso di Prestazioni

Gruppo:		Interventi di accesso, consulenza e presa in carico					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Attività di supporto per il reperimento di alloggi	COMUNI	Centralità della persona.	2011	<i>n.p.</i>	6	€ 366,12	<i>parziale</i>

Gruppo:		Altro intervento					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
SERVIZIO DISABILITA' (personale)	AULSS 6	Centralità del territorio	2011	<i>n.p.</i>	<i>n.p.</i>	€ 112.000,00	<i>parziale</i>

Gruppo:		Interventi domiciliari/territoriali					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Sostegno socio-educativo scolastico	COMUNI-U.L.S.S.	Centralità della persona.	2011	<i>n.p.</i>	158	€ 1.742.554,85	<i>parziale</i>
Trasporto sociale (escluso il trasporto scolastico, salvo le agevolazioni alle famiglie povere)	COMUNI	Centralità della persona.	2011	<i>n.p.</i>	54	€ 41.830,04	<i>parziale</i>

Gruppo:		Interventi residenziali					
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Altro intervento residenziale	ULSS- COMUNI-PRIVATO NON PROFIT	Centralità della persona.	2011	<i>n.p.</i>	34	€ 101.689,76	<i>parziale</i>



Gruppo:							
Interventi di socializzazione, prevenzione, in-formazione, azioni di sistema							
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Attività ricreative di socializzazione	COMUNI-U.L.S.S.	Centralità della persona.	2011	n.p.	3	€ 33.172,31	parziale

Gruppo:							
Sostegno economico							
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale	COMUNI-U.L.S.S.	Centralità della persona.	2011	n.p.	31	€ 1.129.791,81	parziale
Altro sostegno economico	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	9	€ 29.914,83	parziale
Contributi economici per servizio trasporto e mobilità	COMUNI-U.L.S.S.	Centralità della persona.	2011	n.p.	4	€ 11.517,42	parziale
Trasferimenti per utenti che usufruiscono di servizi residenziali extra-aulss	COMUNI-U.L.S.S.	Centralità della persona.	2011	n.p.	n.r.	€ 668.540,84	parziale
Trasferimenti per utenti che usufruiscono di servizi semi-residenziali extra-aulss	COMUNI-U.L.S.S.	Centralità della persona.	2011	n.p.	n.r.	€ 654.189,30	parziale
Contributi per favorire interventi del Terzo Settore	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	n.r.	€ 864,45	parziale
Retta per prestazioni residenziali	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	8	€ 42.173,13	parziale
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie		Centralità della persona.	2011	n.p.	4	€ 19.051,84	parziale
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	5	€ 508,50	parziale
Contributi per servizi alla persona	COMUNI-U.L.S.S.	Centralità della persona.	2011	n.p.	16	€ 26.074,86	parziale
Buoni spesa o buoni pasto	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	4	€ 762,75	parziale
Retta per centri diurni	COMUNI	Centralità della persona.	2011	n.p.	8	€ 3.202,34	parziale

Gruppo:							
Altro							
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Comunità Residenziale per disabili in situazione di gravità	U.L.S.S.	Centralità della persona.	2011	n.r.	n.r.	€ 53.984,39	parziale

Azioni di potenziamento o riconversione

Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica / Politiche di riferimento	Anno	Posti/ Utenti	Risorse
Ridefinizione Unità di Offerta della domiciliarità	ULSS-COMUNI-PRIVATO NON PROFIT-VOLONTARIATO	Domiciliarità. Programmazione dei servizi: definizione di una nuova politica della Domiciliarità	2011		isorisorse
Centro Diurno: applicazione di uno strumento per la valutazione dell'efficacia dei percorsi educativi per utenti già inseriti	ULSS-COMUNI-PRIVATO NON PROFIT-VOLONTARIATO	Domiciliarità. Programmazione dei servizi: definizione di una nuova politica della Domiciliarità	2011	540	isorisorse
Verifica percorsi educativi - assistenziali (per persone con autismo, GCA): attivazione del nuovo percorso di preformazione occupazionale	ULSS-COMUNI-PRIVATO NON PROFIT-VOLONTARIATO	Domiciliarità. Programmazione dei servizi: definizione di una nuova politica della Domiciliarità.	2011	30	isorisorse
Realizzazione e traduzione degli interventi relativi alla domiciliarità attraverso il PAT	ULSS-COMUNI-PRIVATO NON PROFIT	Domiciliarità. Programmazione dei servizi: definizione di una nuova politica della Domiciliarità.	2011	n.p.	isorisorse



Protocolli di collaborazione tra l'area disabilità e i servizi distrettuali/ specialistici	ULSS	Domiciliarità/Residenzialità. Sostegno alla rete per adeguare le risposte alla complessità dei bisogni.	2011	n.p.	<i>isorisorse</i>
Condivisione con il Dipartimento di Salute Mentale della presa in carico delle persone con doppia diagnosi	ULSS	Domiciliarità/Residenzialità. Sostegno alla rete per adeguare le risposte alla complessità dei bisogni .	2011	n.p.	<i>isorisorse</i>
Revisione dell'attuale sistema di affidamento dei servizi (modalità di convenzionamento)	ULSS-COMUNI-PRIVATO NON PROFIT-VOLONTARIATO	Domiciliarità/Residenzialità. Ridefinizione dei rapporti tra gli attori della rete.	2011	n.p.	<i>isorisorse</i>
Monitoraggio degli alunni con assistenza e/o con sostegno in uscita dal percorso scolastico e pianificazione del potenziale bacino di utenza	UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE-ULSS	Scuola-Disabilità. Avviare una nuova fase di dialogo e di collaborazione tra scuola e A.ULSS	2011	n.p.	<i>isorisorse</i>
Costituzione di un'équipe di tipo "educativo" per la presa in carico di situazioni problematiche sul piano comportamentale	UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE-ULSS-DIRIGENTI SCOLASTICI	Scuola-Disabilità. Rafforzare la presa in carico dell'alunno con disabilità in età scolare in modo da garantire alla famiglia la continuità progettuale che lo accompagna all'età adulta.	2011	n.p.	<i>isorisorse</i>
Revisione e potenziamento dell'attuale percorso di presa in carico del minore con disabilità con particolare riferimento al processo di coinvolgimento degli Enti Certificatori	ULSS	Scuola-Disabilità. Rafforzare la presa in carico dell'alunno con disabilità in età scolare in modo da garantire alla famiglia la continuità progettuale che lo accompagna all'età adulta.	2011	n.p.	<i>isorisorse</i>
Applicazione del Registro Unico di Residenzialità	ULSS	Residenzialità. Centralità della persona: ridefinizione della risposta residenziale	2011	150	<i>isorisorse</i>
Revisione degli inserimenti effettuati in strutture non accreditate per disabili (piano di trasferimento)	ULSS	Residenzialità. Centralità della persona: ridefinizione della risposta residenziale	2011	5-10	<i>isorisorse</i>
Definizione dei posti dedicati alle accoglienze definitive/temporanee. Contrattazione sull'accoglienza di persone con disabilità e problematiche comportamentali	ULSS-PRIVATO NON PROFIT	Residenzialità. Ridefinizione dei rapporti tra gli attori della rete.	2011	n.p.	<i>isorisorse</i>
Potenziamento dell'utilizzo di posti letto già esistenti e non ancora occupati	ULSS	Residenzialità. Sostegno alla rete per adeguare le risposte alla complessità dei bisogni .	2011	n.p.	<i>isorisorse</i>
Consolidamento o riconversione dei servizi	ULSS-COMUNI-PRIVATO NON PROFIT-VOLONTARIATO	Domiciliarità. Programmazione dei servizi: definizione di una nuova politica della Domiciliarità	2011	950 (domiciliarità) + 166 (residenzialità)	<i>isorisorse</i>
Consolidamento percorso di verifica della qualità e del funzionamento delle strutture socio-sanitarie	ULSS	Sostegno alla rete dei centri diurni per adeguare le risposte alla complessità dei bisogni	2011	n.p.	<i>Isorisorse</i>

Gruppo:	Altro						
Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica/Politiche di riferimento	Anno	N. Posti previsti	N. Utenti previsti	Risorse previste	
Tipo di intervento						Ammontare finanziario	Copertura del dato
Villaggio della Speranza	Fondazione malattie rare Mauro Baschirotto	Sostegno alla rete per adeguare le risposte alla complessità dei bisogni .	2011	n.r.	n.r.	n.r.	parziale
Progetto Group Homes per disabili psichici	Fondazione malattie rare Mauro Baschirotto	Sostegno alla rete per adeguare le risposte alla complessità dei bisogni .	2011	n.r.	n.r.	n.r.	parziale

Azioni di innovazione

Interventi	Soggetto/i responsabile/i della gestione	Politica / Politiche di riferimento	Ann o	Posti/ Utenti	Risorse
Costruzione di nuovi modelli di risposta basati sull'integrazione di interventi, progetti e servizi.	ULSS-COMUNI-PRIVATO NON PROFIT-VOLONTARIATO	Domiciliarità/Residenzialità. Programmazione dei servizi: definizione di una nuova politica della Domiciliarità/Residenzialità	2011	<i>n.p.</i>	Fondo per la Non Autosufficienza
Formazione e informazione di sistema: incontri sulla strategia della Domiciliarità e su nuovi modelli di risposta.	ULSS-COMUNI-PRIVATO NON PROFIT-VOLONTARIATO	Domiciliarità. Programmazione dei servizi: definizione di una nuova politica della Domiciliarità	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Progetto formativo: confronto e approfondimento delle buone prassi nell'ambito dei progetti di inserimento diurno di persone con Autismo	ULSS- FONDAZIONE BRUNELLO	Domiciliarità. Programmazione dei servizi: definizione di una nuova politica della Domiciliarità	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Progetto di sostegno alle famiglie: per l'analisi, la conoscenza e la messa in rete delle esperienze di sostegno alle famiglie presenti nel territorio.	ULSS-COMUNI-PRIVATO NON PROFIT-VOLONTARIATO	Domiciliarità. Programmazione dei servizi: definizione di una nuova politica della Domiciliarità	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Definizione e presentazione di un progetto di Servizio Civile “Il volontario del servizio civile per una cultura dell'integrazione”	ULSS	Domiciliarità. Programmazione dei servizi: definizione di una nuova politica della Domiciliarità	2011	<i>n.p.</i>	€ 32.890,00
Costituzione di un gruppo di lavoro tra Scuola e Azienda Ulss con lo scopo di realizzare e monitorare gli obiettivi del Piano di Zona	REFERENTI DEGLI ISTITUTI SCOLASTICI-ULSS	Scuola-Disabilità. Avviare una nuova fase di dialogo e di collaborazione tra scuola e A.ULSS	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Definizione e applicazione di un protocollo collaborazione tra Scuola, Area Disabilità e U.O.C. Cure Primarie Distrettuali per rispondere ai bisogni sanitari degli alunni con disabilità	DIRIGENTI SCOLASTICI-ULSS	Scuola-Disabilità. Rafforzare la presa in carico dell'alunno con disabilità in età scolare in modo da garantire alla famiglia la continuità progettuale che lo accompagna all'età adulta.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Definizione di un protocollo di collaborazione che definisca i momenti programmati di incontro nel corso dell'anno tra i principali attori dell'area. Per eventuali aggiustamenti reciproci circa le assegnazioni delle risorse degli alunni con disabilità	UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE-DIRIGENTI SCOLASTICI-ULSS	Scuola-Disabilità. Avviare una nuova fase di dialogo e di collaborazione tra scuola e A.ULSS	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Azione di orientamento per il passaggio dalle scuole secondarie di primo grado alle scuole secondarie di secondo grado	UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE-DIRIGENTI SCOLASTICI-ULSS	Scuola-Disabilità. Rafforzare la presa in carico dell'alunno con disabilità in età scolare in modo da garantire alla famiglia la continuità progettuale che lo accompagna all'età adulta.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Azione di orientamento per il percorso post scolastico e formativo a favore di giovani che presentano abilità socio-lavorative utili ad un avviamento ai sensi della legge 68/1999 “Diritto al lavoro dei disabili”: studio di un progetto pilota, per l'attuazione di un'esperienza di alternanza scuola-lavoro	UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE-ISTITUTO MONTAGNA-CENTRO PER L'IMPIEGO-ULSS	Scuola-Disabilità. Rafforzare la presa in carico dell'alunno con disabilità in età scolare in modo da garantire alla famiglia la continuità progettuale che lo accompagna all'età adulta.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Costituzione di un gruppo di lavoro per la stesura di un progetto di frequenza mista Scuola – Servizi della Disabilità	UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE-DIRIGENTI SCOLASTICI-ULSS	Scuola-Disabilità. Rafforzare la presa in carico dell'alunno con disabilità in età scolare in modo da garantire alla famiglia la continuità progettuale che lo accompagna all'età adulta.	2011	<i>n.p.</i>	Fondo per la Non Autosufficienza
Azione di orientamento per il percorso post scolastico: applicazione di un progetto sperimentale di orientamento nelle scuole secondarie	UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE-DIRIGENTI SCOLASTICI-CENTRO PER L'IMPIEGO-ULSS	Scuola-Disabilità. Rafforzare la presa in carico dell'alunno con disabilità in età scolare in modo da garantire alla famiglia la continuità progettuale che lo accompagna all'età adulta.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Individuazione di criteri per la definizione di situazione di emergenza nell'ambito degli inserimenti residenziali definitivi	ULSS	Residenzialità. Ridefinizione della risposta residenziale.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Definizione dei criteri per le priorità di accesso ai programmi di accoglienza temporanea	ULSS	Residenzialità. Ridefinizione della risposta residenziale.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>



Studio sulla necessità/fattibilità di una RSA nel territorio. Eventuale conversione di una struttura residenziale esistente	ULSS-COMUNI-ENTI GESTORI	Residenzialità. Sostegno alla rete nel rispondere a bisogni diversi.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Sperimentazione di unità di offerta più leggere a bassa soglia per persone non gravi (Gruppi Appartamento)	ENTI GESTORI-COMUNI-ULSS	Residenzialità. Sostegno alla rete nel rispondere a bisogni diversi.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Revisione del sistema di contribuzione (parte sanitaria/parte alberghiera) in linea con le indicazioni regionali.	ENTI GESTORI-COMUNI-ULSS	Residenzialità. Ridefinizione dei rapporti tra gli attori della rete.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Applicazione di un nuovo sistema di contribuzione economica delle persone con disabilità in struttura residenziale.	ENTI GESTORI-COMUNI-ULSS	Residenzialità. Ridefinizione dei rapporti tra gli attori della rete.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>
Analisi di forme alternative per il reperimento di risorse (trust, fund raising...)	ULSS-COMUNI-PRIVATO NON PROFIT-VOLONTARIATO	Residenzialità. Ridefinizione dei rapporti tra gli attori della rete.	2011	<i>n.p.</i>	<i>isorisorse</i>