

*Conferenza dei sindaci  
del Veneto Orientale*

*ASSL 10  
del Veneto Orientale*

***PIANO LOCALE DELLA  
DOMICILIARITÀ  
TRIENNIO 2007/2009***

## **Piano Locale della Domiciliarità**

### Introduzione e premesse

#### Domiciliarità

Nel contesto delle indicazioni normative della Regione Veneto, Domiciliarità è un orientamento di politiche sociali che operano per rendere le comunità locali solidali, accoglienti, accessibili a tutti e dotate di servizi sociali e socio sanitari appropriati con il duplice scopo di assicurare ai cittadini disabili o anziani la possibilità di vivere positivamente nella loro casa indipendentemente dalle condizioni di autonomia personale e di sostenere le famiglie nello svolgimento di specifici compiti assistenziali, soprattutto, nelle situazioni di maggiore complessità assistenziale.

La domiciliarità, in questa prospettiva, è l'espressione di un tratto culturale diffuso e condiviso che valorizza le valenze simboliche usualmente attribuite alla casa e all' "abitare" quale condizione di benessere individuale e collettivo, di sicurezza e di crescita personale e sociale, non disgiunta da una dimensione comunitaria che consolida i valori della solidarietà e della accoglienza. La domiciliarità, così intesa, trascende il semplice obiettivo strumentale della permanenza in casa della persona anziana per assumere la configurazione di un progetto di promozione globale della persona anziana o disabile e di garanzia dei suoi diritti di cittadinanza in un contesto comunitario.

Prerogativa della Domiciliarità è di offrire alla persona in condizione di autonomia ridotta o nulla e alla sua famiglia un insieme di garanzie sulle quali poggiare l'organizzazione della vita familiare in termini di sicurezza e di benessere.

#### Il Sistema della domiciliarità

Il sistema della Domiciliarità è costituito dal complesso di competenze, di responsabilità politiche, di progetti, servizi, interventi e risorse che concorrono a rendere effettivo il diritto delle persone anziane di permanere nel contesto di vita della propria famiglia e della comunità di riferimento indipendentemente dallo stato di autonomia personale assicurando le migliori condizioni di salute, sicurezza e benessere per realizzare il proprio progetto di vita.

#### Piano Locale della Domiciliarità (PLD)

Il PLD è uno strumento di programmazione locale mediante le Comunità Locali, tramite la Conferenza dei Sindaci e con il concorso e il coordinamento dell'ULSS, organizzano e finalizzano le risorse disponibili (sanitarie, socio sanitarie, sociali e del volontariato sociale) per creare le condizioni soggettive ed ambientali idonee a rendere effettivo il diritto di ogni persona anziana alla salute, alla vita di famiglia e alle relazioni sociali quali presupposto per

l'attuazione del proprio progetto di vita, indipendentemente dalla condizione psicofisica o economica o sociale.

## **1- Criteri Generali, Obiettivi e Processi**

### **1.1 – Criteri generali e obiettivi.**

Il presente piano, in conformità agli indirizzi regionali tracciati con la DGR 39/06, orienta le proprie scelte organizzative ed operative secondo i seguenti criteri generali:

- aderenza ai bisogni delle persone, delle famiglie e delle comunità locali fornendo in via prioritaria servizi alla persona e alla famiglia ;
- continuità e sviluppo rispetto alle scelte operate nel Piano di Zona 2003/2005 e nel Piano di Zona per il triennio 2007/2009 in corso di elaborazione;
- uniformità nella erogazione delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali su tutto il territorio della ULSS con riferimento alla domiciliarità;
- ottimizzazione delle risorse disponibili (umane, organizzative, strutturali, strumentali finanziarie e culturali);
- valorizzazione del ruolo e dell'apporto delle organizzazioni associative e del volontariato presenti nel territorio del Veneto Orientale.

In particolare, il presente P.L.D. si propone di sviluppare e migliorare l'attuale sistema integrato di interventi e di prestazioni con lo scopo prioritario di rendere effettivi ed esigibili i diritti alla salute, alla sicurezza e alla qualità della vita dei cittadini anziani e disabili favorendo le condizioni per una loro permanenza nel contesto della famiglia e nella rete delle relazioni sociali.

Il P.L.D. mobilita risorse e promuove azioni per :

- 1- la promozione e lo sviluppo della solidarietà nell'ambito delle comunità locali quale processo culturale orientato alla ricerca della qualità della vita delle persone in età anziana con particolare riferimento a quelle in condizione di autonomia ridotta o nulla e delle rispettive famiglie;
- 2- la prevenzione ed il contenimento di processi di esclusione dal contesto familiare e sociale di cittadini in età anziana;
- 3- il sostegno e la promozione della salute e della qualità della vita delle persone in condizione di non autosufficienza;
- 4- la presa in carico speciale delle famiglie che si impegnano ad assistere in casa congiunti in condizione di non autonomia perché possano svolgere in modo adeguato il loro compito assistenziale

Sotto il profilo operativo il Piano Locale della Domiciliarità organizza risorse ed interventi per :

- a) rendere efficiente il sistema dei servizi e degli interventi mediante:
  - la ricerca di livelli uniformi nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali e nell'offerta di opportunità idonee a rendere qualitativamente elevata la condizione di vita a domicilio delle persone a rischio di emarginazione per età, per condizione psicofisica o a causa di

criticità sociali e a tutelare le famiglie che si fanno carico dei processi assistenziali rivolti ai propri congiunti;

- la qualificazione degli interventi in relazione ai bisogni dei cittadini con processi valutativi appropriati;
- l'incremento, la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse delle Comunità locali (umane, strutturali strumentali, finanziari e culturali);
- la costruzione di reti comunicative efficienti e strutturate tra i differenti attori competenti a garantire le finalità della Domiciliarità;
- la valorizzazione delle formazioni del privato sociale che si rendono disponibili a partecipare ai processi della Domiciliarità;
- il miglioramento della qualità dei progetti individualizzati;
- la definizione delle modalità per assicurare gli interventi a favore delle persone domiciliate in Comune diverso da quello di residenza.

- b) Promuovere e valorizzare la ricerca di formule di intervento innovative anche attraverso la implementazione di progetti sperimentali finalizzati a ricavare modelli organizzativi idonei a migliorare la qualità della vita dei cittadini.

Il Piano Locale della Domiciliarità è parte integrante e sostanziale del Piano di Zona e si coordina con il Piano Locale della Disabilità e con il Piano della Residenzialità.

## 1.2 I processi

Il processo di formazione del Piano Locale della Domiciliarità ha seguito le procedure e le modalità già utilizzate per la formazione del Piano di Zona dei Servizi alla Persona 2003/2005, con il coinvolgimento:

- del Gruppo Guida, ( composto dai Sindaci del territorio dell'ASSL o loro delegati, dal Direttore dei Servizi Sociali e dal Direttore Sanitario dell'ASSL, dai Direttori dei Distretti Socio Sanitari, dal Referente dell'Ufficio Piano di Zona, dai rappresentanti del 3° settore, dai rappresentanti delle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello nazionale, dai rappresentanti delle Associazioni sociali e di tutela degli utenti);
- del Gruppo di Lavoro dell'area Anziani (composto da: Assistenti sociali dei Comuni, Operatori della Direzione Sociale, della Direzione Sanitaria, dei Distretti Socio Sanitari dell'ULSS , rappresentanti del 3° settore e di altri soggetti pubblici, di aziende pubbliche e private);
- con l'attivazione anche di uno specifico sottogruppo ristretto.

Le linee strategiche della Domiciliarità sono state formulate dal Gruppo Guida, anche alla luce delle indicazioni emerse nell'incontro provinciale promosso dalla Direzione dei Servizi Sociali della Regione il 16 marzo 2006. La formulazione del documento "Piano Locale della Domiciliarità" è stata proposta al Gruppo Guida dal Gruppo di Lavoro di Area Specifica.

Gli incontri di lavoro hanno avuto la seguente scansione:

Incontri del Gruppo Guida:

- 14 marzo 2006: indirizzi sulla domiciliarità;
- 6 luglio 2006: nell'ambito dell'avvio complessivo della nuova programmazione del Piano di Zona 2007/2009;

- 21 settembre 2006 : elaborazione del Piano Locale della Domiciliarità.

#### Incontri del Gruppo dell'Area Anziani

- 15 febbraio : incontro di inquadramento della tematica della domiciliarità;
- 9 maggio : approfondimento tematiche;
- 26 maggio : ulteriore approfondimento sulla base di un documento di lavoro;
- 5 settembre : esame della bozza completa del P.L.D;
- 14 settembre : conclusione dei lavori del Gruppo di Lavoro.

#### **Incontri dei Sottogruppi ristretti:**

- 8 giugno
- 15 giugno
- 22 giugno
- 18 settembre

## 2- Le forme della domiciliarità

### 2-1- promozione e prevenzione.

La qualità della vita delle persone anziane dipende, in larga misura, da condizioni ambientali e culturali aperte al riconoscimento del ruolo delle persone anziane come risorsa e valore di un'intera comunità. Oggi, il sentire collettivo tende a collocare le persone anziane nel limbo della inutilità e della improduttività esponendole a processi involutivi sul piano personale e di emarginazione sul piano sociale. La reazione a tale orientamento, essenzialmente ingiusto, comporta la disponibilità ad assumere un impegno costante e mirato volto a creare spazi di reale partecipazione delle persone anziane alla vita sociale e di valorizzazione del patrimonio di conoscenza e di esperienza a vantaggio delle giovani generazioni e, nello stesso tempo, opportunità di arricchimento valoriale delle Comunità Locali.

Il presente Piano impegna le Comunità Locali ad attivare interventi e programmi, anche con il coinvolgimento delle formazioni sociali del volontariato, attive nel territorio, finalizzati a valorizzare ruoli attivi e partecipativi delle persone anziane.

Le linee di azione proposte nel presente piano, con riferimento alla funzione di promozione già individuate nel Piano di Zona dei Servizi Sociali, triennio 2003-2005, agli obiettivi A-B-C- dell'area Anziani, sono riproposte, aggiornate, anche ai fini dell'elaborando Piano di Zona per il triennio 2007/2009.

#### Obiettivi

Nella prospettiva di sviluppare specifici progetti di promozione e di prevenzione dal disagio delle persone anziane ogni anno i Comuni promuovono specifici progetti innovativi finalizzati a:

- a) incentivare la formazione di forme aggregative di persone anziane per la realizzazione di attività culturali e ricreative, per la salvaguardia di valori culturali ambientali e di interesse comunitario e per lo svolgimento di compiti di utilità sociale;
- b) coinvolgere il mondo economico nella realizzazione di iniziative finalizzate a valorizzare il sapere e l'esperienza delle persone anziane uscite dal circuito produttivo attivo per percorsi formativi rivolti alle giovani generazioni;
- c) orientare gli anziani a offrire la propria disponibilità per l'aiuto delle famiglie impegnate nella assistenza a minori, disabili o di anziani in condizione di non autosufficienza.

#### Azioni:

- 1- Attivazione e gestione di Centri di aggregazione sociale finalizzati ad attività ricreative e culturali comprese le Università della 3 età.
- 2- Progetti di utilità sociale promossi dal Comune e con la partecipazione di persone anziane.
- 3- Progetti di promozione di rapporti intergenerazionali anche con il coinvolgimento del mondo del lavoro adottati a livello di comuni singoli o associati.
- 4- Centri di ascolto e di auto aiuto condotti da formazioni sociali con il supporto dei servizi territoriali del Comune o della ULSS.

In tutti i centri aggregativi stabili può essere allestito un *Info Point* Domiciliarità (vedi ultra).

## Competenze

La progettazione di azioni e di interventi di promozione della domiciliarità sono di competenza dei Comuni singoli o associati che individuano anche le risorse economiche e umane necessarie. In particolare, i Comuni valorizzano le risorse organizzative del volontariato e del 3° settore per la gestione delle iniziative di promozione.

## Modalità attuative /risorse

Ai fini della omogenea ed uniforme offerta di servizi promozionali, la Conferenza dei Sindaci, con il supporto del coordinamento dell'ULSS, definisce livelli di offerta dei servizi di promozione in rapporto alla popolazione residente, e, avuto riguardo alle specificità dei singoli ambiti territoriali, le forme specifiche di intervento, i livelli di offerta, le modalità gestionali, le risorse umane, strumentali e finanziarie messe a disposizione di ciascun Comune.

La Conferenza dei Sindaci, in base alle risultanze del monitoraggio dell'ULSS, aggiorna, ogni anno, le linee programmatiche al fine di raggiungere i livelli qualitativi e quantitativi programmati.

## Risultati attesi

per l'anno 2007:

- entro il primo semestre, la Conferenza dei Sindaci definisce le linee di criterio per la realizzazione, in ogni ambito comunale, di determinate forme di attività promozionale (ricreative, culturali e di utilità sociale) rivolte alle persone anziane, determinando anche i livelli di offerta da raggiungere nel tempo;
- l'ULSS, quale Ente coordinatore, attiva procedure di monitoraggio dell'attività di promozione attivata nel territorio con riguardo agli indirizzi contenuti nel Piano Locale della Domiciliarità.

Per gli anni 2008 /2009:

- Sviluppo, in ogni Comune, di progetti finalizzati alla realizzazione di interventi di utilità sociale mediante l'impiego di persone anziane (vigili d'argento; servizi di accompagnamento...) secondo i livelli programmati ;
- Monitoraggio annuale circa l'andamento dei progetti di intervento di utilità sociale e l'adozione di eventuali correttivi al fine di conseguire gli obiettivi del Piano della Domiciliarità.

## **3- Il sostegno alla persona non autonoma in famiglia**

La persona anziana in condizione di non autonomia o di autonomia compromessa necessita di supporti compensativi di natura sanitaria, socio sanitaria e sociale per continuare a vivere nel contesto della propria famiglia. La stessa famiglia richiede di essere aiutata per poter essere messa nella condizione di assicurare al proprio congiunto anziano non autonomo le

prestazioni assistenziali necessarie non solo con supporti di tipo economico ma anche con una speciale azione di supporto strutturato e continuativo.

La possibilità che la persona anziana non autonoma viva la propria vita in casa, in condizione di salute e di benessere personale e possa mantenere, nei limiti del possibile, positive relazioni sociali dipende dalla capacità della famiglia di organizzare le proprie risorse in modo da assicurare livelli di assistenza adeguati, senza venire meno agli ordinari compiti derivanti dalle posizioni e dai ruoli di ciascun componente la famiglia. Il presente piano organizza le responsabilità istituzionali e del volontariato sociale per integrare le risorse della famiglia ove la consistenza della rete familiare o le condizioni economiche o ambientali rendono precaria e pregiudizievole la salute e la vita di relazione delle persone non autonome.

In tale prospettiva, il Piano assume a riferimento le azioni di sostegno alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia già individuate negli obiettivi D ed E dell'area anziani del Piano di Zona dei Servizi Sociali 2003-2005 e confermate anche in funzione dell'elaborando Piano di Zona 2007/2009.

Tali obiettivi ed azioni vengono riunificati in una visione unitaria all'interno di uno specifico modello organizzativo coerente con le finalità della domiciliarità e nel quadro di rinnovate strategie di utilizzo delle risorse disponibili.

Per quanto riguarda la dotazione del personale assegnato alle funzioni sociali comunali, nelle more delle indicazioni che potranno derivare dalla nuova programmazione socio sanitaria regionale, vengono riconfermati i livelli di dotazione di personale che ogni comune è impegnato ad assicurare, come stabilito dalla L.R. 22/89 al punto 4.2. del Piano Sociale e in conformità alle indicazioni del Piano di Zona 2003/2005.

Detti livelli al momento prevedono:

- 1 assistente sociale ogni 6000 abitanti;
- 1 operatore socio sanitario ogni 3000 abitanti.

L'attuale dotazione del personale in questione nel Veneto Orientale è rappresentata nella tabella allegata (tab. 1)

### **3-1-Le forme del sostegno alla persona**

#### **3-1-1- Servizio di Assistenza domiciliare (SAD).**

Il servizio di assistenza domiciliare di tipo assistenziale è finalizzato a creare le condizioni per la permanenza in casa e nella rete familiare della persona con scarsa o ridotta autonomia mediante interventi di contrasto alla involuzione e di mantenimento delle autonomie personali e relazionali.

La famiglia partecipa alla fase progettuale e alla gestione del servizio con il *caregiver* che di norma è un componente della famiglia stessa ma può essere anche una persona esterna (assistente familiare o volontario). Il servizio integra e non sostituisce la famiglia cui spetta l'onere assistenziale prevalente; per questa ragione, l'organizzazione dell'intervento richiede una preventiva azione di progettazione individuale (progetto personalizzato) che coinvolga la persona da assistere e la sua famiglia. In relazione agli obiettivi del progetto individualizzato il servizio SAD è svolto da operatori idonei e adeguatamente preparati.

Di norma, la valutazione del bisogno ai fini della progettazione dell'intervento di assistenza a domicilio è effettuata secondo le modalità della valutazione multidimensionale monoprofessionale. Le forme della assistenza a domicilio (SAD) si esplicano nei seguenti servizi ed attività:

- servizio di segretariato sociale;
- consulenza e sostegno psicosociale;



- aiuto domestico;
- igiene e cura della persona;
- aiuto nelle attività fisiche personali;
- fornitura pasti;
- servizio lavanderia;
- trasporto e/o accompagnamento;
- aiuto per la partecipazione alla vita sociale.(DGRV 5273 del 29 dicembre 1998 e Accordo di Programma per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata recepito con Deliberazione n 80 /1999 del Direttore Generale dell'ULSS).

## Competenze

Gli interventi socio assistenziali a domicilio sono di competenza del Comune .

Ai fini della uniformità e della omogeneità degli interventi, la Conferenza dei Sindaci definisce criteri omogenei per la predisposizione di strumenti regolamentari da parte dei singoli Comuni con particolare riferimento a :

- modalità e strumenti di valutazione del bisogno assistenziale;
- requisiti e priorità di accesso al servizio;
- standard di personale dedicato, distinto per qualifica professionale;
- individuazione degli interventi e delle prestazioni che rientrano nel servizio di assistenza domiciliare;
- determinazione delle soglie ISEE per l'eventuale compartecipazione al costo da parte degli utenti;
- indicatori e metodi di verifica e di valutazione dei risultati.

## Obiettivi di piano

Il Piano Locale della Domiciliarità persegue i seguenti obiettivi:

- raggiungimento di livelli uniformi (quantitativi e qualitativi) nella erogazione del servizio in tutti i Comuni del Veneto Orientale;
- incremento dei livelli uniformi di copertura del servizio SAD a livello territoriale.

## La gestione delle risorse

I Comuni fanno fronte al fabbisogno di interventi di assistenza domiciliare con risorse proprie (umane e finanziarie), integrate dalle risorse finanziarie messe a disposizione della Regione. Ciascun Comune dedica risorse in quantità adeguata al raggiungimento dei livelli individuati dalla Conferenza dei Sindaci per tutti i Comuni del Veneto Orientale.

## Risultati

Entro l'anno 2007, la Conferenza dei Sindaci adotta criteri uniformi per l'erogazione del servizio SAD da parte dei Comuni con riferimento ai seguenti aspetti:

- a) condizioni di accesso al servizio (condizioni personali dell'assistito e familiari; condizione economiche....);

- b) modalità di valutazione del bisogno;
- c) priorità per l'accesso al servizio;
- d) soglie uniformi di ISEE per la determinazione delle priorità di accesso e l'eventuale compartecipazione al costo;
- e) livelli di copertura del servizio;
- f) strumenti per la verifica e la valutazione dei risultati.

Per il 2008/2009:

- entro il primo semestre del 2008, in attuazione dei criteri posti, l'ULSS attiva percorsi intesi a valutare l'efficacia dei criteri assunti proponendo le risultanze alla Conferenza dei Sindaci. Alla conclusione del percorso sperimentale (30.06.2008), la Conferenza dei Sindaci approverà definitivamente i criteri suddetti con il relativo regolamento applicativo su cui ogni Comune adotterà i propri regolamenti locali;
- aggiornamento dei livelli quantitativi (grado di copertura) nella erogazione del servizio in attuazione di livelli individuati dalla Conferenza dei Sindaci per ciascun anno;
- sperimentazione di forme innovative di intervento di assistenza a domicilio.

### **3-1-2 Assistenza domiciliare integrata /ADI.**

In linea generale, l'ADI (assistenza domiciliare integrata) è un servizio che realizza interventi a carattere sanitario, socio sanitario e assistenziale a domicilio della persona in stato di bisogno specifico, con l'impiego di più figure professionali (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, operatori sociali, ecc....).

I profili relativi alle differenti forme di ADI, come delineati dalla DGRV 5273/98 e ripresi nel citato Accordo di Programma per il Servizio di Assistenza Domiciliare (Deliberazione n 80/99 del Direttore generale della ULSS), riguardano:

- l'assistenza domiciliare riabilitativa integrata con intervento sociale (ADI Profilo A);
- assistenza domiciliare infermieristica integrata con intervento sociale (ADI-Profilo B);
- assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale (ADI profilo C);
- assistenza domiciliare integrata – ADIMED (profilo ADI- D)
- assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione intensiva domiciliare (ADI-HR-profilo E).

Il Piano Locale della Domiciliarità attribuisce particolare rilievo strategico all'ADI realizzata dagli operatori Sanitari e Socio Sanitari del socio-sanitari del Distretto e del territorio, con il concorso, ove necessario, dell'operatore sociale del Comune.

Nel quadro delle azioni di Piano, l'ADI si caratterizza in particolare per il raccordo e il collegamento tra servizi (multiprofessionali e multidisciplinari) e famiglia assumendo in tal modo una specifica configurazione di unitarietà che consente di evitare disfunzioni nella organizzazione e nella erogazione delle prestazioni, conferendo al servizio una maggiore efficienza complessiva (ADI unitaria).

Sono elementi costitutivi dell'ADI unitaria :

- a) la valutazione del bisogno. A seconda della complessità del bisogno è possibile ricorrere alla valutazione nella forma multidimensionale

multiprofessionale semplificata (per interventi sanitari di tipo infermieristico e con assistenza medica programmata) o nella formula collegiale della UVMD;

- b) la definizione del progetto individualizzato sulla base degli indirizzi formulati in UVMD;
- c) la individuazione del Referente che diventa il riferimento della persona assistita, della famiglia e di tutti gli altri operatori impegnati nella erogazione coordinata ed integrata delle prestazioni assistenziali specifiche.

## Competenze

L'Azienda ULSS e la Conferenza dei Sindaci sono impegnate ad aggiornare i propri strumenti regolamentari che disciplinano l'ADI Unitaria (Accordo di Programma per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata nell'ambito del Piano di Zona per il triennio 1998/2000- recepito con deliberazione del Direttore Generale n 80 del 31.03.1999 e successive modificazioni ed integrazioni) con lo scopo di integrare i seguenti elementi:

- le procedure di accesso al servizio, di valutazione del bisogno e di definizione del progetto individualizzato;
- requisiti soggettivi e ambientali (intensità del bisogno) ;
- titoli di priorità di accesso al servizio;
- condizioni per la compartecipazione da parte dei beneficiari per il servizio;
- determinazione delle forme di intervento proprie dell'ADI;
- indicatori di verifica e di valutazione dei risultati ;
- risorse umane e finanziarie necessarie per il conseguimento degli obiettivi programmati.

## Obiettivi di Piano

- adozione di uniformi criteri di organizzazione e di gestione del servizio coordinando l'apporto dei Comuni con il complesso degli interventi sanitari progettati;
- raggiungimento di livelli uniformi (quantitativi e qualitativi) nella erogazione del servizio in tutto il territorio del Veneto Orientale;
- Incremento dei livelli uniformi di copertura del servizio SAD a livello territoriale.

## Le risorse

I Comuni fanno fronte al bisogno assistenziale in area di A.D.I. con risorse proprie integrate dalle risorse regionali.

L'Azienda ULSS concorre alla realizzazione dell'ADI unitaria con risorse umane e strumentali proprie integrate dalle risorse finanziarie regionali (ADI per i disabili).

## Risultati

Entro il 2007

- 1- aggiornamento dell'Accordo di Programma per il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (Deliberazione n 80 /1999 del Direttore generale dell'ULSS e successive modificazioni e integrazioni) da parte la Conferenza dei Sindaci, con il supporto

- dell'Azienda ULSS 10 ai fini della inclusione dei criteri precisati al punto "competenze" del presente paragrafo;
- 2- copertura del servizio in modo uniforme in tutto il territorio (rapporto tra la popolazione di ultrasessantacinquenni e la popolazione anziana assistita in ADI unitaria) al livello uniforme del 2% per tutti i Comuni del Veneto Orientale. La copertura del servizio dei Comuni del Veneto Orientale è rappresentata nella allegata tab. 2;
  - 3- conseguimento del livello uniforme del rapporto tra operatori e utenti di 1 a 14 per tutti i Comuni. Il rapporto operatori/utenti nel Veneto Orientale è riportata alla allegata tabella 3.

Per gli anni 2008/2009:

I livelli da conseguire per il Veneto Orientale, previa valutazione dei risultati conseguiti nel 2007, sono i seguenti:

- a) elevazione al 3% della copertura assistenziale minima del servizio (rapporto percentuale tra ultrasessantacinquenni residenti e utenza assistita) in tutti i Comuni del Veneto Orientale ;
- b) rapporto (tendenziale) tra operatori e utenti fruitori del servizio ADI ad un livello medio di 1 a 10 alla fine del triennio di valenza del Piano Locale Domiciliarità.

### **3-1-3-Dimissioni ospedaliere protette**

L'Azienda ULSS 10 continua il monitoraggio in ordine alla osservanza delle procedure previste dall'Accordo di Programma per l'Assistenza Domiciliare Integrata (deliberazione n 80 /1999 del Direttore Generale § 2.2.) e successivamente riprese dal Protocollo Aziendale per le Dimissioni Protette ( adottato dall'azienda nel 2001 e aggiornato nel 2005) al fine di rilevare l'adeguatezza dei rapporti comunicativi tra Ospedale, Distretto Socio Sanitario e Servizio Professionale Comunale nella presa in carico del paziente nella fase di dimissione del paziente.

Alla luce delle risultanze del monitoraggio l'Azienda potrà, se il caso lo richiede, aggiornare il protocollo e contestualmente avviare iniziative di formazione/informazione rivolti agli operatori interessati ai processi di dimissioni.

Le risultanze del monitoraggio vengono riportate nell'ambito delle Conferenze di Servizio ADI ( territoriale e distrettuale), come previsto dall'Accordo di Programma per il Servizio di Assistenza Domiciliare integrata.

Competenza:

L'Azienda ULSS con riferimento ai reparti Ospedalieri e ai Servizi Distrettuali.

Risultati

Per l'anno 2007 :

La Direzione sociale dell'Azienda ULSS, di concerto con la Direzione Sanitaria,;

- elabora un rapporto sulle risultanze del monitoraggio effettuato sulla efficienza del protocollo ;
- sviluppa ulteriori processi di formazione /informazione sulle procedure da seguire per l'efficiente attuazione delle dimissioni protette.

Per l'anno 2008/2009:

La Direzione Sociale dell'Azienda ULSS di concerto con la Direzione Sanitaria prosegue il monitoraggio e incentiva i processi di verifica di efficienza del sistema.

### **3-1-4-II servizio di Telesoccorso/Telecontrollo**

Il Servizio di Telesoccorso Telecontrollo (TS/TC) costituisce una risorsa strategica rilevante nella definizione del progetto individualizzato a favore di una persona anziana che vive in casa in situazioni di rischio per la propria sicurezza e salute. Il servizio di TS/TC opera in sinergia con tutti gli altri servizi della Domiciliarità di cui al predente Piano e concorre al raggiungimento dei suoi obiettivi.

L'accesso al servizio comporta una valutazione multidimensionale monoprofessionale.

#### Procedure

La domanda va presentata tramite lo Sportello Integrato che provvede ad inoltrarla al Servizio Sociale Professionale.

#### Competenze

La Conferenza dei Sindaci definisce criteri per l'uniforme compartecipazione degli utenti del servizio.

### **3-2-Progetti locali**

Le persone anziane che vivono sole o con una rete familiare debole e in condizioni economiche precarie possono incontrare, al verificarsi di determinati eventi, situazioni di rilevante disagio o di concreto pericolo per la salute e per l'incolumità personale.

La prevenzione di tali situazioni rientra tra gli obiettivi di qualità della vita del Piano Locale della domiciliarità. Negli obiettivi del piano rientra anche la possibilità di fruire degli spazi abitativi all'interno della casa e la condizione di accessibilità ai luoghi di incontro sociale e dei servizi di trasporto (eliminazione delle barriere architettoniche: L. 13/1989 e L.R.41/93).

#### **3-2-1- Progetto Sicurezza**

##### Obiettivi

Ogni comune adotta un *progetto sicurezza* finalizzato a dare risposte a situazioni di emergenza collegate ad eventi metereologici e a situazioni familiari particolari (assenza della rete familiare) che espongono le persone anziane con ridotta autonomia a forti disagi fisici ed ambientali.

Ogni progetto si articola in riferimento a tre situazioni speciali:

- a) emergenza caldo
- b) emergenza freddo
- c) emergenza solitudine

I Comuni integrano le azioni proprie del protocollo di emergenza caldo predisposto dall'Azienda ULSS, in conformità alle disposizioni regionali, con iniziative volte a prevenire situazioni di rischio per la salute, mobilitando e coordinando organizzazioni del volontariato a livello locale e tutte le risorse locali.

I Comuni attivano altresì azioni di aiuto per l' "emergenza caldo" (mediante contributi finanziari o materiali) alle persone che, in condizione di ridotta autonomia, vivono in case sfornite di mezzi di riscaldamento.

I Comuni, infine, promuovono azioni di collegamento e di potenziamento del servizio regionale di Famiglia Sicura attivando e organizzando, con appositi progetti, risorse locali disponibili a dare adeguata risposta ai cittadini in condizione di difficoltà.

### **3-2-2-Progetto : I luoghi dell'abitare**

La casa ( fruibilità degli spazi e l'autonomia)

La qualità della vita in famiglia comporta la possibilità per le persone assistite di poter fruire di ambienti domestici accessibili e adeguati alle condizioni di ridotta o nulla autonomia della persona assistita.

Le forme di intervento rispondenti a tale bisogno sono due:

- a) adeguamento della struttura abitativa mediante l'eliminazione delle barriere architettoniche o l'installazione di attrezzature idonee alla fruizione degli spazi abitativi e la possibilità di uscire dalla abitazione;
- b) la fornitura di ausili appropriati con la necessaria tempestività.

Livelli standard

Per l'anno 2007 il "progetto sicurezza" e il "progetto " Luoghi dell'abitare" sono attivati in via sperimentale almeno da 5 Comuni del Veneto Orientale, con il coordinamento dell'ULSS, con il preciso scopo di ricavarne modelli finalizzati a configurare per gli anni successivi un progetto organico più strutturato per tutto il territorio del Veneto Orientale.

Titolarità:

Le azioni dei progetti locali sono di competenza dei Comuni singoli che adottano i progetti specifici e definiscono e stanziavano le risorse necessarie.

Le risorse

Risorse proprie integrate da risorse regionali.(vedasi riparto delle risorse)

La Conferenza dei Sindaci definisce i criteri per la ripartizione delle risorse finanziarie messe a disposizione della Regione a integrazione delle risorse stanziare da ciascun Comune impegnano a realizzare il progetto specifico.

### **3-3-La semiresidenzialità (Centro Diurno Socio Sanitario)**

Il centro Diurno Socio Sanitario costituisce una risorsa che concorre ad ampliare l'offerta di opportunità e di interventi funzionali al raggiungimento degli obiettivi della Domiciliarità. La funzione di ospitalità del Centro diurno offre due ordini di opportunità: da un lato, oltre alle ordinarie prestazioni di assistenza, garantisce anche appropriate prestazioni sanitarie, infermieristiche e riabilitative contribuendo in tal modo al mantenimento di livelli ottimali di salute e l'autonomia residua della persona non autosufficiente; dall'altro, mette la famiglia nella condizione di svolgere la propria attività ordinaria. Il ricorso a tale struttura è sottodimensionato rispetto alle reali disponibilità di posti del Centro diurno socio sanitario. Tra le cause di tale situazione sembrano assumere particolare rilievo due fattori: l'entità del concorso richiesto alla famiglia a integrazione della quota regionale e la difficoltà di accesso alla struttura per mancanza di adeguati servizi di trasporto. Non è estraneo anche un diffuso pregiudizio che non ravvisa nel servizio diurno un ruolo strategico nell'economia della domiciliarità; un pregiudizio che riguarda, ad un tempo, le famiglie e gli stessi operatori. In prospettiva programmatica è necessario incentivare una specifica azione di promozione del Centro Diurno S.S. nella duplice logica delle opportunità di cura della persona e di una precisa azione di "sollevio" a favore della famiglia.

In particolare l'accoglienza semiresidenziale consente di:

- fornire prestazioni assistenziali e socio sanitarie a persone con bisogni assistenziali complessi;
- fornire stimoli motori, cognitivi e relazionali atti a contrastare la perdita della autonomia;
- assicurare la gestione della giornata a persone la cui famiglia, impegnata nell'attività lavorativa, non sarebbe in grado di assicurare i necessari supporti assistenziali;
- garantire la possibilità di gestire periodi di particolari criticità assistenziale (persone con demenza e autonomia motoria) ;
- assicurare il superamento di situazioni domiciliari problematiche (es. il grande caldo o il grande freddo);
- offrire alla famiglia opportunità di sollevio nella gestione della vita quotidiana.

L'accesso ai servizi della semiresidenzialità comporta :

- a) l'utilizzo delle convenzioni già in atto con i Centri di Servizio nei limiti di posti stabiliti dalle disposizioni regionali;
- b) l'aggiornamento e /o l'implementazione delle convenzioni con gli Enti gestori di Centri Diurni Socio Sanitari.
- c) la disponibilità di servizi di trasporto gestiti da Organizzazioni e da Formazioni di Volontariato ovvero dagli stessi Enti gestori dei Centri .

## Competenze

L'ULSS promuove e coordina l'attivazione di programmi specifici finalizzati allo sviluppo della semiresidenzialità nell'ambito del territorio del Veneto Orientale. In particolare, l'Azienda, con riferimento alla propria funzione di coordinamento, promuove la realizzazione di uno speciale progetto finalizzato a sperimentare forme di sinergia organizzativa con gli Enti gestori dei Centri di servizio che includono anche il trasporto ai Centri stessi, l'aggiornamento degli operatori pubblici e privati coinvolti. A tale fine viene attivato uno specifico gruppo di lavoro per lo studio, l'elaborazione ed il monitoraggio della predetta progettualità.

I Comuni promuovono iniziative finalizzate ad organizzare gruppi di volontariato (gruppi di anziani, gruppi di giovani, parrocchie...) per la gestione di servizi di trasporto e per l'integrazione assistenziale ed animativa all'interno dei centri diurni.

La Conferenza dei Sindaci adotta criteri di accesso per garantire pari opportunità in tutto il territorio e per consentire ai singoli Comuni di adeguare i propri regolamenti ai fini della determinazione della quota a carico della persona non autosufficiente per la frequenza al Centro Diurno Socio sanitario.

## Risultati

per l'anno 2007:

- definizione di criteri omogenei per l'accesso e la determinazione del concorso alla spesa;
- attivazione di almeno 30 posti di semiresidenzialità adeguatamente dislocati tra le case di riposo del territorio.

per gli anni 2008/2009:

- attivazione di nuclei di ospitalità diurna in tutti i centri residenziali del territorio fino alla copertura della dotazione di posti consentita dalla programmazione regionale.

## 4-II Sostegno e l'accompagnamento delle famiglie

**4-1**-L'assistenza in casa di una persona in condizione di non autosufficienza impegna l'intero nucleo familiare in una azione continua ed intesa con reali rischi per la salute dei singoli (soprattutto del *caregiver*) e per l'equilibrio dei rapporti intrafamiliari. La famiglia è una risorsa da valorizzare ma anche da tutelare al fine di evitare che l'impegno assistenziale continui a conservare la qualità della vita non solo della persona assistita ma anche dell'intero nucleo familiare.

In tale prospettiva, si ravvisa la necessità di ricomprendere anche la famiglia nel suo insieme nel progetto di presa in carico della persona assistita.

Sotto il profilo operativo, l'azione valutativa del bisogno della persona assistita deve necessariamente considerare le posizioni, i ruoli e le condizioni dei singoli componenti della famiglia in modo che gli interventi proposti e l'impegno complessivo richiesto siano compatibili con gli obiettivi assistenziali assunti.

La presa in carico della famiglia (presa in carico globale) comporta l'adozione del metodo dell'ascolto e della condivisione nella definizione dei progetti e dei processi assistenziali e la proposizione di azioni di supporto strutturate.



## Azioni

**Supporti informativi e psicologici:** realizzazione di percorsi informativi/formativi rivolti alle famiglie, a gruppi organizzati e a operatori dei servizi impegnati a diverso titolo nella erogazione di prestazioni assistenziali a persone non autosufficienti.

Tali interventi sono finalizzati :

- a) a fornire alle famiglie informazioni pratiche in ordine alla organizzazione della assistenza in casa di persone con particolari situazioni patologiche (demenze, cerebrolesioni, paresi, malati terminali...);
- b) a sostenere e a orientare i *caregiver* impegnati nella gestione in casa di situazioni di non autosufficienza e di complessità assistenziale;
- c) a informare le comunità locali sulla configurazione della rete dei servizi e sulle modalità di accesso alle fruizione delle opportunità di intervento disponibili sul territorio.

## Competenze

L'ULSS, tramite l'Unità Operativa Cure Primarie del Distretto e in collaborazione del Servizio Sociale Professionale dei Comuni, promuove e incentiva la realizzazione di progetti volti a fornire alle famiglie impegnate nella assistenza di congiunti non autosufficienti interventi di supporto psicologico e di informazione in ordine alle modalità di assistenza.

Alla realizzazione dei progetti concorrono il Servizio Sociale Professionale e i Servizi specialistici dell'ULSS.

## Azioni per il triennio:

- progetto **family training** con la attivazione di programmi incontri strutturati con le famiglie e con il *caregiver*;
- percorsi formativi per assistenti familiari (Badanti) con l'attivazione di almeno 3 percorsi formativi progettati a livello distrettuale con la partecipazione dei tecnici dei Comuni e dell' Azienda;
- diffusione delle carte dei servizi della domiciliarità a tutte le famiglie con persone anziane (> 65);
- campagne informative sulla rete dei servizi, la localizzazione degli *info point* e le modalità di accesso ai servizi.

## Risultati

Per l'anno 2007 si prevede:

- a) l'avvio del progetto di *family training* con almeno un evento formativo/informativo per ogni ambito territoriale di Distretto;
- b) diffusione della mappa dei servizi a tutte le famiglie con anziani in età superiore ai 65..

Per gli anni 2008/2009

Sviluppo delle azioni attivate nel 2007.

## 4-2-Il sollievo.

L'accoglienza temporanea in strutture residenziali di persone non autosufficienti assistite in casa rientra nelle strategie del progetto personalizzato per consentire alla famiglia, impegnata nella assistenza in casa, di riorganizzare le proprie risorse e per far fronte ad eventuali situazioni di criticità nella vita familiare.

L'intervento di sollievo si concretizza in periodi di soggiorno in struttura residenziale protetta e risponde al duplice obiettivo di attenuare la pressione assistenziale in famiglia e in particolare del *careghiver* e di consentire alla persona la possibilità di fare trattamenti sanitari di difficile attuazione in casa.

### Competenze /azioni

L'ULSS e la Conferenza dei Sindaci sono impegnate ad aggiornare l'accordo di programma relativo alla gestione degli interventi di sollievo con particolare riferimento ai periodi di "sollievo" e alle condizioni di compartecipazione della famiglia.

### Risorse:

Gli interventi di sollievo vengono realizzati con le risorse messe a disposizione dalla Regione e con risorse comunali integrate dal concorso finanziario degli utenti, con i proventi della compartecipazione degli utenti. I livelli di sollievo alle famiglie con persone anziane e disabili, mediante il ricorso alla residenzialità, è riportata alla tabella 4 allegata.

### Risultati

Entro il 2007 :

-Aggiornamento degli strumenti che regolano le modalità e i criteri di accesso al servizio e i livelli di compartecipazione dell'utenza.

Per il triennio:

- monitoraggio circa l'andamento del servizio con riferimento alla adeguatezza dei livelli di offerta rispetto ai livelli di domanda;
- adeguamento dell'offerta di residenzialità temporanea per le finalità di "sollievo".

## 4-3-L'Assegno di Cura

L'assegno di cura è un intervento economico operato a favore della famiglia impegnata nella assistenza in casa di un congiunto in età adulta/anziana in condizione di autonomia compromessa o di non autosufficienza. Tale forma di intervento rientra tra le risorse a disposizione nella fase di elaborazione del progetto individualizzato.

L'assegno di cura consente alla famiglia di acquisire in forma autonoma supporti assistenziali esterni ( es. assistenti familiari ) o prestazioni e servizi ad integrazione di quelli resi dal Comune o dall'ULSS al fine di assicurare al paziente una agevole gestione dei processi assistenziali in casa. In particolare, l'assegno di cura può essere

utilizzato anche per l'accesso e la frequenza al Centro Diurno o per soggiorni temporanei in struttura residenziale a integrazione dei progetti di "sollevio".

#### Procedure e competenze

Le domande dell'assegno di cura vanno inoltrate al Comune, tramite lo Sportello Integrato utilizzando i moduli predisposti dalla Regione.

La domanda, debitamente istruita (valutazione del bisogno, condizione economica del richiedente...), viene inviata alla Regione ai fini della formazione della graduatoria e della conseguente attribuzione dell'assegno. Il Servizio Sociale Professionale comunale provvede ad integrare il Piano Individualizzato della persona assistita per la quale la famiglia chiede l'Assegno di Cura.

Gli accertamenti delle condizioni sanitarie delle persone assistite interessate a fruire dell'assegno di cura sono svolte dalla ULSS, tramite i servizi socio sanitari dei Distretti.(somministrazione dei Test N.P.I, accertamento UVA e UVMD)

La gestione degli interventi economici è di competenza del Comune sulla base dei criteri definiti dalla Conferenza dei Sindaci.

#### Risultati

Entro il 2007

La Conferenza dei Sindaci adotta, nel rispetto degli indirizzi regionali, i criteri di attribuzione dell'assegno di cura (graduazione dell'importo, concorrenza con altri servizi o prestazioni...) avuto riguardo al fabbisogno di risorse richieste dalla complessità della situazione della persona assistita e dalle condizioni economiche della persona assistita e del nucleo familiare.

La liquidazione dell'assegno di cura viene erogata dai singoli Comuni sulla base della graduatoria stilata dalla Regione per l'intera ULSS.

#### **4-4-Interventi economici eccezionali**

Consistono in erogazioni di contributi economici finalizzati a concorrere a superare una particolare situazione di criticità che la famiglia incontra nella conduzione dei processi di assistenza in casa a congiunti in condizione di non autosufficienza.

Il carattere eccezionale è connesso al fatto che la situazione di bisogno specifica nasce da un evento imprevisto e imprevedibile che pregiudica il regolare sviluppo dei processi della Domiciliarità.

La valutazione del bisogno è effettuata dal Servizio Sociale Professionale. Il ruolo del Comune si concretizza sia nell'orientare la famiglia a presentare una domanda di intervento eccezionale alla Regione sia nell'operare interventi diretti, anche a integrazione del contributo regionale qualora questo si rivelasse insufficiente.

La Conferenza dei Sindaci adotta criteri uniformi per l'individuazione di situazioni tipiche che possono trovare risposta in interventi a carattere eccezionale e per la definizione degli importi minimi da erogare.

#### **4- 5 Assistenza alle persone domiciliate**

La Conferenza dei Sindaci, sulla base di proposte di un gruppo di lavoro appositamente istituito, individua criteri omogenei per l'erogazione degli interventi e delle prestazioni di Domiciliarità rese a persone anziane non autosufficienti o a

disabili domiciliati nel Veneto Orientale, nonché per il concorso nel pagamento degli stessi.

## 5- Il Modello Organizzativo Territoriale (MOT)

La dimensione organizzativa del Piano Locale della Domiciliarità integra l'assetto organizzativo in atto del sistema dei servizi sanitari, socio sanitari dell'ULSS e dei servizi sociali dei Comuni.

Le linee di intervento in area organizzativa mirano a perseguire precisi obiettivi funzionali alla realizzazione efficiente ed efficace delle azioni del Piano della Domiciliarità con l'introduzione di aspetti innovativi, sia per quanto riguarda la facilitazione di accesso al sistema di interventi e prestazioni offerti (Sportello Integrato- *Info Point*...), sia per la dimensione valutativa, progettuale e di presa in carico delle situazioni specifiche.

Particolare attenzione è riservata alla valorizzazione di tutte le risorse (umane, strutturali, finanziarie...) quale strategia prioritaria per conferire al piano l'efficacia attesa e voluta.

Il Piano attribuisce un ruolo speciale alle formazioni della solidarietà sociale quali attori protagonisti nelle dinamiche assistenziali del territorio.

In questo contesto, il ruolo di coordinamento e di promozione della ULSS rappresenta un essenziale momento di unificazione e di canalizzazione di risorse e di energie verso obiettivi condivisi del piano e per la ricerca di mete sempre più tese ad offrire al cittadino assistito e alla sua famiglia le migliori condizioni di vita.

### 5-1-Lo sportello Integrato

Lo sportello integrato è un servizio a disposizione dei cittadini finalizzato a consentire l'accesso unitario ai servizi della Domiciliarità.

Sotto il profilo organizzativo- funzionale lo Sportello opera in rete (*on line*) con tutti i centri erogatori di servizi e di prestazioni specifiche proprie della Domiciliarità.

Sono funzioni dello Sportello Integrato:

- a) la proposizione di informazioni generali sul sistema dei servizi socio sanitari e sociali e sulle opportunità offerte dal Piano della Domiciliarità. La funzione informativa è svolta anche in collegamento con gli *Info Point* attivi nel territorio;
- b) la prima accoglienza, l'ascolto, il riconoscimento del bisogno espresso e l'orientamento ai servizi per la presa in carico. L'operatore dello sportello richiede alla persona informazioni utili ad orientare ai servizi appropriati e a fornire ogni utile informazione ed indicazione sui processi, le condizioni e i tempi necessari per conseguire i possibili esiti della eventuale domanda di intervento;
- c) la ricezione delle domande di intervento. Il cittadino presenta la propria domanda presso lo sportello che provvede ad inoltrarla *on line* al servizio o all'organismo valutativo competente o al servizio titolare della presa in carico;
- d) la raccolta e organizzazione di dati specifici utili per il monitoraggio in ordine al funzionamento dello Sportello ( numero e tipo di accessi, natura della domanda, criticità emerse...).

Lo Sportello Integrato fornisce informazioni e riceve domande relative ai servizi e prestazioni previste nel Piano Locale della Domiciliarità e nel Piano Locale della Disabilità con particolare riferimento ai seguenti servizi:

- a) assegno di cura;
- b) telesoccorso / telecontrollo e famiglia sicura;
- c) assistenza domiciliare (SAD e ADI);
- d) assistenza scolastica (disabili);
- e) inserimento lavorativo (disabili);
- f) servizi residenziali e semiresidenziali;
- g) eliminazione barriere architettoniche e adeguamento degli strumenti di guida per i disabili;
- h) progetti del Piano della Domiciliarità;
- i) sollievo o accoglienza temporanea;
- j) protesi e ausili;
- k) invalidità civile e situazioni di Handicap ai sensi della L.104/92;
- l) il sistema dei servizi e delle opportunità offerte alle persone anziane e disabili;
- m) iniziative di promozione per la valorizzazione delle persone anziane e per il tempo libero attive nel territorio.

### Configurazione organizzativa

Ogni sportello Unitario dispone di :

- a) ambiente idoneo ;
- b) operatori adeguatamente preparati e le attrezzature necessarie per assicurare tutte le funzioni proprie dello sportello integrato;
- c) mappa aggiornata dei servizi (rete dei servizi) in versione cartacea e in versione informatizzata fruibile anche *on line*;
- d) strumentazione tecnica e tecnologica per garantire i collegamenti *on line* almeno con i servizi della domiciliarità (Comuni, ULSS e Privato Sociale);
- e) un protocollo che regola i rapporti tra i vari servizi e lo sportello.

L'attivazione dello Sportello Unitario avviene secondo un preciso piano contenente:

- i processi temporali di sviluppo e di localizzazione degli Sportelli nel territorio;
- la sperimentazione di un modello organizzativo e gestionale e reperimento delle risorse (umane e finanziarie) necessarie;
- i programmi di formazione e l'aggiornamento degli operatori dedicati alla attività dello Sportello. I percorsi formativi e di aggiornamento coinvolgono anche gli operatori impegnati nella gestione degli *Info Point*.

Le funzioni dello Sportello sono dislocate presso i Distretti Socio Sanitari della ULSS (sedi principali), presso i Comuni ed eventualmente presso i Centri di Servizio secondo le modalità definite dai provvedimenti attuativi del presente piano. Tutte le domande finalizzate ad ottenere i benefici del Piano della Domiciliarità vanno inoltrate attraverso lo Sportello Integrato. In attesa della copertura dell'intero territorio con il sistema degli Sportelli le domande possono essere presentate al Comune di residenza o al Distretto Socio Sanitario della ULSS.

Risultati per l'anno 2007:

- definizione del protocollo di funzionamento e coinvolgimento dei servizi interessati dello sportello integrato;

- attivazione di programmi di formazione /informazione degli operatori dedicati allo Sportello e degli operatori dei servizi della Domiciliarità;
- allestimento di un primo Sportello Integrato presso il Distretto Socio Sanitario n 3- Portogruaro;
- approvazione di successivi programmi di sviluppo dello Sportello Unitario in conformità alle direttive regionali di cui alla DGRV 39/06;
- valutazione del funzionamento del primo Sportello al fine di consolidare il modello gestionale.

Per il biennio 2008/2009

- allestimento dello Sportello Integrato nelle sedi direzionali dei tre Distretti Socio Sanitari, dislocate nel territorio del Veneto Orientale,
- attivazione delle funzioni dello Sportello Integrato presso le sedi periferiche distrettuali eventualmente individuate e presso i Comuni disponibili.

### **5-2-Info point**

E' una struttura organizzata, aperta e accessibile, con la funzione di fornire ai cittadini e alle famiglie informazioni in ordine ai servizi e alle opportunità offerti dal P.L.D.

Ogni *Info Point* svolge la funzione informativa diretta con personale adeguatamente preparato. Tra le attività dell'I. P. rientra anche la promozione di periodiche campagne informative progettate e realizzate in forma coordinata con altre strutture informative e con gli attori della rete della Domiciliarità.

Gli I. P. sono realizzati dalle formazioni sociali (gruppi, associazioni, organizzazioni di volontariato...), dai centri di servizio territoriali pubblici o privati quali Case di riposo, Centri Diurni, U.T.A.P. (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), Ambulatori medici associati .

Ogni I. P. è componente della rete informativa che ha nello Sportello Integrato il referente principale.

I contenuti degli elementi informativi sono forniti ed aggiornati periodicamente dalla Direzione Sociale della ULSS mediante materiale informativo strutturato e uniforme su supporto cartaceo o informatico. La stessa Direzione cura anche i processi formativi degli addetti agli L.P.

### **5-3-Il sistema informativo**

Il programma informatico adottato dall'ULSS per la raccolta dei dati dell'ADI può essere potenziato ed ampliato in funzione della creazione di un sistema informativo allargato a supporto del complesso delle azioni progettuali e operative del Piano Locale della Domiciliarità e del Piano Locale della Disabilità.

Le funzioni del sistema informativo riguardano in particolare:

- a) il sostegno complessivo della attività degli sportelli integrati;
- b) il supporto agli operatori impegnati nello svolgimento della funzione valutativa;
- c) la proposizione ai comuni di dati riguardanti l'attività del Piano Locale della Domiciliarità ai fini della programmazione locale ;

- d) il debito informativo nei riguardi della Regione, della Conferenza dei Sindaci e dell'ULSS.

## Risultati

Anno 2007 :

Entro il 2007, l'ULSS, costituito un gruppo di lavoro, provvede a definire modalità per l'adeguamento del proprio strumento informativo aziendale al fine di renderlo idoneo a svolgere le funzioni (operative e informative) del Piano della Domiciliarità proponendone l'adozione anche ai Comuni.

Anni successivi:

- aggiornamento del programma e accordo gestionale con i servizi comunali;
- implementazione del programma.

### **5-4- La rete delle risorse della solidarietà sociale**

Il Piano Locale della domiciliarità attiva, promuove e sostiene le formazioni sociali a sfondo solidaristico delle Comunità locali (volontariato, gruppi parrocchiali, associazioni...) impegnate a concorrere alla realizzazione degli interventi della Domiciliarità. Tali formazioni sono una risorsa essenziale per l'attuazione degli interventi del PLD; il loro coinvolgimento partecipativo sia nelle fasi programmatiche del P.L.D. sia nelle fasi gestionali e realizzative del Piano stesso sono assicurate secondo le modalità già previste e già in atto per il Piano di Zona.

Nel quadro dei criteri e degli indirizzi definiti dal P.L.D. e dal Piano di Zona, l'ULSS coordina l'attività e gli apporti delle formazioni sociali armonizzando le specifiche attività di ciascuna organizzazione con le attività e i progetti del Piano. In particolare, il Piano interpella le formazioni sociali del volontariato nello svolgimento della funzione informativa (*info point*) e nella realizzazione di specifiche azioni, coordinate con i soggetti istituzionali, a supporto delle famiglie, volte a favorire opportunità di vita di relazione alle persone assistite. In tale prospettiva, le formazioni sociali possono ricercare la costituzione di forme associative al fine di conferire maggiore efficacia ai progetti assistenziali assunti.

L'attuazione di specifici progetti da parte delle formazioni solidaristiche (associazioni, organizzazioni del volontariato...) è supportata con appositi contributi erogati in conformità ai criteri definiti dal Piano Locale della Domiciliarità e dal Piano di Zona.

Risultati:

Entro il 2007

- l'ULSS effettua una ricognizione aggiornata sulle formazioni sociali attive nel territorio anche ai fini della attivazione di *Info Point* integrando così la Banca Dati già a disposizione dell'Ufficio del Piano di Zona;
- L'Ente coordinatore assicura lo svolgimento ordinato di specifici progetti proposti dalle formazioni sociali di solidarietà favorendo la costituzione di organismi associativi tra tutte le formazioni sociali attive nel territorio.

## **5- 5 Ruolo dei Centri di Servizio della residenzialità**

I Centri di Servizio per l'accoglienza residenziale di persone anziane non autosufficienti concorrono a realizzare gli obiettivi del Piano Locale della Domiciliarità per lo svolgimento di tre funzioni principali:

- a) concorso nella attuazione di progetti "sollievo";
- b) gestione dei centri diurni socio sanitari (semiresidenzialità);
- c) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare (fornitura di pasti a domicilio, assistenza in famiglia a situazioni di particolare gravità) in attuazione di programmi per l'assistenza domiciliare adottati dei Comuni singoli o in forma associata.

I rapporti tra il Centro di Servizi e l'ULSS e tra gli stessi Centri e i Comuni per lo sviluppo delle funzioni di cui sopra sono regolati da apposite convenzioni e protocolli stipulati tra le parti.

### **5-6-1 -Ruolo dell'ULSS: funzione di Coordinamento.**

L'ULSS svolge la funzione di Ente coordinatore del Piano Locale della Domiciliarità ed esercita la funzione attraverso il Direttore dei Servizi Sociali in qualità di Referente del Coordinamento.

Tale compito, che viene svolto dal Direttore Sociale, a norma dell'art.16 della Legge regionale 56/94, si esplica nella realizzazione delle seguenti funzioni:

- a) raccordo tra Servizi sanitari, Socio Sanitari dell'Azienda e i Servizi Sociali dei Comuni per l'attuazione delle attività e dei progetti individuati dal PLD;
- b) monitoraggio, anche con l'ausilio del Sistema Informativo, sui servizi e sui servizi del Piano Locale della Domiciliarità con riguardo agli standard di risultato definiti per ciascun anno di valenza del piano;
- c) intervento per il superamento di eventuali criticità emergenti nella gestione del PLD;
- d) promozione dello sviluppo della rete dei servizi della Domiciliarità anche sostenendo gli Enti Locali a ricercare forme organizzative e progettualità innovative;
- e) coordinamento nella redazione della carta dei servizi specifica per la Domiciliarità (rete dei servizi sociali e sanitari);
- f) cura della rilevazione dei dati e predisposizione di rapporti periodici da inviare alla Conferenza dei sindaci, ai singoli Comuni. In questo contesto assumono rilievo sia l'azione di monitoraggio delle attività implementate che la predisposizione e la conduzione del Sistema informativo;
- g) sviluppo e coordinamento i processi formativi afferenti al P.L.D;
- h) cura la predisposizione di strumenti finalizzati a regolare i rapporti tra i diversi attori (istituzionali e non) per la realizzazione del P.L.D;
- i) assunzione di ogni funzione necessaria alla realizzazione del P.L.D;
- j) gestione dei rapporti con la Regione per le funzioni amministrative legate alla attuazione del Piano.

La Conferenza dei Sindaci determina l'entità delle risorse finanziarie da destinare all'ULSS per l'attuazione della funzione di coordinamento con riferimento al volume di attività richiesta e all'impiego programmato di personale e strumenti operativi.



### **5.6.2 Ruolo dell'ULSS: il sistema dei servizi distrettuali**

I Servizi Distrettuali concorrono alla realizzazione del Piano Locale della Domiciliarità assicurando l'espletamento della funzione valutativa che richiede l'apporto valutativo di più figure specialistiche ( valutazione multidisciplinare) e assicurano gli interventi sanitari e socio sanitari di competenza (ADI). La funzione valutativa del bisogno, in particolare, si concretizza nelle situazioni di particolare complessità assistenziale, nella attivazione della Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale (UVMD) e nella conseguente elaborazione del progetto individualizzato.

L'attività dei Servizi Distrettuali si sviluppa secondo logiche di interazione sinergica e di integrazione con il Servizio Sociale Professionale dei Comuni.

Nella gestione delle situazioni assistenziali complesse rivolte a persone non autosufficienti in condizione di demenza, assistite in casa, un essenziale supporto è fornito, oltre che dal M.M.G., dalle U.O.Cure Primarie del Distretto Socio Sanitario con le relative figure professionali ( Geriatra...) e dalle Unità Valutative Alzheimer (UVA).

### **5.7. Ruolo del Servizio Sociale Professionale**

Il Servizio Sociale Professionale Comunale, che è funzione propria del Comune, costituisce il riferimento per la presa in carico sociale finalizzata alla realizzazione delle azioni del Piano Locale della Domiciliarità, a livello locale.

Il ruolo del Servizio Sociale Professionale, in riferimento all'area della Domiciliarità, persegue gli obiettivi di promozione e di intervento previsti dal Piano, dando corso e sviluppo alle seguenti funzioni:

- valutazione del bisogno;
- orientamento della persona e della famiglia alla rete di servizi offerti dal Piano Locale della Domiciliarità;
- raccordo con le risorse solidaristiche pubbliche e private del territorio;
- attivazione di progetti e di prestazioni specifiche (assistenza domiciliare, assistenza economica.);
- accompagnamento per l'accesso ai servizi dell'ULSS e per l'acquisizione di risorse specifiche ( invalidità civile, riconoscimento della condizione di handicap e di handicap grave...);
- sostegno nelle relazioni familiari con riferimento alla famiglia estesa e al vicinato.

Analoga funzione è svolta dal Servizio Sociale dei distretti Socio sanitari dell' ULSS rispetto agli interventi per i disabili.

#### **Risultati attesi:**

Entro il 2007

- i Comuni con una dotazione di operatori del Servizio Sociale Professionale inferiore agli standard adottano programmi di adeguamento ai livelli stabiliti dalla Regione.

## 5-8-Le strategie di intervento

**1-La Valutazione del Bisogno:** ogni domanda di intervento è oggetto di specifico processo valutativo finalizzato a individuare la natura e l'intensità del bisogno, ad attivare i processi di presa in carico e a programmare (progetto individualizzato) ed attuare gli interventi conseguenti. La valutazione mira a porre in evidenza i caratteri globali del bisogno e la situazione della persona richiedente sotto differenti profili familiari, sociali, economici (categorie ICF). In relazione alla complessità del bisogno esposto, la funzione valutativa, di norma, è promossa da professionisti del Distretto Socio Sanitario e da professionisti del Comune i quali, a seconda della complessità del bisogno esposto, attivano una delle tre forme valutative previste (multidimensionale monoprofessionale, pluriprofessionale, multiprofessionale integrata). Il processo valutativo costituisce l'avvio di un rapporto strutturato nel tempo, tra la persona portatrice del bisogno e i processi assistenziali attivati che si sostanzia nella globale presa in carico da parte del soggetto (operatore sociale) od organismo (UVMD) che formula la valutazione.

Caratteri essenziali del processo valutativo sono:

- la globalità;
- la tempestività;
- la longitudinalità.

I titolari del processo valutativo sono:

- a) gli operatori sanitari e socio sanitari competenti (valutazione multidimensionale monoprofessionale; valutazione multidimensionale multidisciplinare;
- b) il servizio sociale professionale per la valutazione monoprofessionale e per la valutazione pluriprofessionale;
  
- b) l'Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale (UVMD) per la valutazione multidimensionale e multiprofessionale integrata.

## Risultati

Entro il 2007:

L'azienda ULSS aggiorna i propri strumenti regolamentari con le seguenti scadenze temporali per l'uniformità dei tempi di realizzazione dei processi valutativi di competenza della UVMD modulati in base alla urgenza del bisogno e alla complessità della situazione esposta secondo la seguente scansione temporale:

- per situazioni di emergenza che comportano una concreta compromissione della sicurezza e della salute della persona assistita la valutazione multidimensionale multiprofessionale mediante UVMD, deve essere effettuata il più presto possibile e comunque entro giorni 3 dal deposito della domanda o della segnalazione del bisogno. L'eventuale difficoltà a riunire i componenti della UVMD, comporta che il titolare del caso possa assumere iniziative volte a dare una immediata risposta in attesa della valutazione della UVMD. In caso di indisponibilità di risposte

appropriate (es. posti letto di residenzialità), l'UVMD potrà adottare progetti individualizzati a valenza temporanea;

- la segnalazione di aggravamenti di condizioni della persona assistita e delle conseguenti criticità dell'assetto organizzativo ad assicurare risposte adeguate, l'UVMD deve provvedere a valutare la situazione entro giorni 10 dalla segnalazione;
- le domande di accesso ai servizi privi del carattere di urgenza (domanda cautelativa) l'UVMD potrà effettuare la valutazione di competenza entro 8 settimane dalla data di domanda.

Rimangono confermate le procedure per le situazioni di urgenza determinate dall'accordo di Programma per il Servizio di Assistenza Domiciliare (§ 2.3.)

**2-Il progetto personalizzato:** il profilo del bisogno e la situazione multidimensionale accertata mediante il processo valutativo pongono le premesse per la definizione di un progetto di intervento personalizzato le cui componenti essenziali sono: la specificazione degli obiettivi da conseguire rispetto al bisogno accertato; l'individuazione delle forme di intervento da attivare, i tempi, le verifiche e delle condizioni economiche a carico delle amministrazioni interessate e della persona destinataria della prestazione programmata.

Nella definizione del progetto personalizzato è opportuno coinvolgere il Referente familiare per la migliore organizzazione delle risorse, per individuare le migliori condizioni di intervento e per la salvaguardia degli equilibri interni della famiglia.

Il Referente familiare si rapporta con il responsabile del progetto personalizzato (Referente di progetto) per la conduzione dell'attività, e per monitorare i risultati e verificare l'andamento globale del servizio in relazione alle risorse investite.

La gestione del progetto individualizzato è affidata al referente di progetto designato in sede di UVMD. Sono caratteri del progetto individualizzato:

- la concretezza, ovvero l'individuazione di interventi e di prestazioni realizzabili e definite negli aspetti quantitativi, temporali e di costo;
- l'aderenza ai bisogni,
- la verificabilità, con la possibilità di valutare i risultati con appositi indicatori.

Risultato:

Entro il 2007:

- il Referente per la funzione di Coordinamento dell'Azienda ULSS promuove, con l'apporto del servizio sociale professionale dei Comuni e con gli Operatori dei Servizi Distrettuali, la configurazione strutturale dello schema di progetto, prevedendo anche il regolamento di funzionamento.

**3-La presa in carico:** è l'esito del processo valutativo e implica l'assunzione di una specifica responsabilità nei confronti di una persona e della sua famiglia per la quale è stato definito un progetto personalizzato da parte del servizio espressamente individuato. La presa in carico impegna il servizio competente e, in particolare, il Referente del progetto a realizzare gli obiettivi del progetto stesso avendo cura di tenere informato costantemente la persona assistita (o la sua famiglia) sullo stato del progetto e sulla evoluzione dello stesso comunicando tempestivamente l'insorgenza di eventuali criticità che ne possono ritardare l'effettuazione. Eventuali evoluzioni del bisogno della persona assistita sono oggetto di specifico intervento valutativo del soggetto valutatore.

## 6-Le risorse

### 6-1-Le risorse in generale

La gestione delle risorse costituisce l'asse portante del Piano della Domiciliarità in quanto dall'ottimale impiego delle stesse dipende il profilo di efficienza dello stesso Piano.

#### a) le risorse umane ed organizzative

Sono risorse del Piano Locale della Domiciliarità:

- gli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari dell'Azienda con particolare riferimento ai servizi distrettuali ;
- gli operatori sociali dei comuni (servizio sociale professionale, operatori di assistenza);
- gli operatori delle formazioni del terzo settore e delle formazioni del volontariato solidale;
- gli operatori dei Centri di servizio della residenzialità e dei Centri Diurni;
- le famiglie (*careghiver*) e le eventuali Badanti. Per le famiglie, impegnate nella assistenza ad un proprio congiunto non autosufficiente, il P.L.D prevede l'attivazione di progetti strutturati finalizzati ad attivare percorsi di informazione e forme di sostegno e di accompagnamento per la gestione in casa delle situazioni complesse. In riferimento alle Badanti il P.L.D favorisce la realizzazione di progetti unitari, coordinati dall'Azienda Socio Sanitaria, per l'attuazione di percorsi formativi finalizzati a fornire nozioni elementari sulle modalità di conduzione dei processi assistenziali e di cura della persona.

Le innovazioni introdotte dal Piano comportano l'attivazione di processi formativi dedicati agli operatori impegnati nei servizi, compresi gli operatori delle formazioni sociali di volontariato.

#### b) le risorse strutturali

Le risorse strutturali sono costituite dai Centri di accoglienza diurna e residenziale che mettono a disposizione posti per forme di residenzialità temporanea (pronta accoglienza e sollievo) o strutture per l'ospitalità diurna. I centri di residenzialità attivano iniziative di promozione della domiciliarità coordinate con il Piano attuativi locali al fine di interare i progetti individualizzati di assistenza in casa con la fornitura di prestazioni particolari a carattere specificatamente socio sanitario. In particolare, i Centri di accoglienza possono mettere a disposizione delle famiglie conoscenze e abilità specifiche nella gestione di demenze.

Una funzione significativa può essere costituita dalla messa a disposizione di posti letto per la gestione della fase di passaggio dalla dimissione ospedaliera ( nelle modalità indicate dal citato Accordo di Programma per il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata - § 2.2) al rientro in casa per il tempo necessario alla famiglia di approntare le condizioni ambientali e organizzative per assicurare una adeguata assistenza a domicilio, nei limiti stabiliti dalle linee guida regionali per l'accesso ai servizi residenziali e di cui alla DGRV 38/2006.

La valorizzazione delle risorse strutturali per le finalità sopra esposte comporta l'adozione di un apposito piano attuativo locale entro l'anno 2007.

c) risorse culturali

Le risorse culturali sono lo stimolo per ampliare nelle comunità locali una coscienza collettiva orientata ai valori della persona e alla affermazione dei diritti di cittadinanza. Il benessere individuale e collettivo poggia sulla affermazione di tali valori che creano l'ambiente vitale per lo sviluppo di una vera solidarietà. La promozione della partecipazione delle persone alla vita sociale con l'assunzione di ruoli di interesse collettivo e con la promozione di forme associative aperte ed integrate appare la via strategica che apre la strada al cambiamento del sentire collettivo.

In tale prospettiva l'Azienda ULSS 10 promuove e coordina, con l'apporto dei Comuni e delle formazioni del volontariato solidaristico, la costituzione di un Forum annuale (o biennale) della domiciliarità con lo scopo precipuo di promuovere e sensibilizzare le collettività locali ai valori e alle opportunità offerte dal Piano Locale della Domiciliarità.

## 6-2 –Le risorse finanziarie

**6-2-1-** Il complesso di risorse finanziarie che la Regione metterà a disposizione per l'anno 2007 per la realizzazione del P.L.D fa riferimento alle risorse complessive assegnate e trasferite nel 2006 all'ULSS e ai Comuni.

L'entità di tali risorse ammonta a complessivi € 3.769.989,45 così distribuiti:

SAD/ADI	SAD/ADI (disabili)	Sollievo	Demenze	L.28/91
<b>702.250,34</b>	<b>369.881,29</b>	<b>315.000</b>	<b>776.900,72</b>	<b>1.605.957,10</b>
<b>18,63%</b>	<b>9,81%</b>	<b>8,36%</b>	<b>20,60%</b>	<b>42,60%</b>

Il volume complessivo della spesa sostenuta dai Comuni e dall'ULSS per l'assistenza domiciliare (SAD/ADI) è rappresentata nella allegata tabella 5.

### 6-2-2-Criteri generali per la ripartizione del fondo regionale:

- assicurare il mantenimento dei livelli assistenziali erogati nel 2006;
- raggiungere livelli uniformi nella erogazione dei servizi di promozione e dei servizi di assistenza delle persone in condizione di non autosufficienza, riequilibrando l'offerta di prestazioni e di interventi nell'ambito dei servizi;
- rafforzare il sistema della Domiciliarità (Sportello Integrato; Sistema Informativo, rete dei servizi *on line*; aggiornamento e formazione degli operatori);
- promuovere l'avvio di attività innovative e di progetti speciali in attuazione del presente Piano.

### **6-2-3-Processi organizzativi ed amministrativi per l'ottimale impiego delle risorse al fine del raggiungimento degli obiettivi e dei risultati del presente piano:**

- a) entro il 31.12. 2006 l'Azienda ULSS provvede a :
- completare la raccolta dei dati riguardanti l'entità delle risorse (umane e finanziarie) che ciascun comune intende destinare, per l'anno 2007, alla realizzazione degli interventi di piano, avuto riguardo al volume di risorse investite complessivamente nel 2006 e ai singoli obiettivi di piano. Il dato finanziario è corredato dall'analisi del fabbisogno assistenziale di ciascun Comune.
- b) per l'anno 2007, alla luce del fabbisogno rilevato dal Piano di Zona e sulla base delle proposte formulate dal gruppo di lavoro del Piano di Zona, la Conferenza dei Sindaci provvede a definire:
- i livelli di concorso previsti a carico finanziario della famiglia quale corrispettivo dei servizi/prestazioni erogati con riferimento ai principali servizi erogati (SAD-ADI/SAD; Sollievo; Centri Diurni Socio Sanitari...) con riferimento al bisogno assistenziale espresso e alle condizioni economiche della famiglia stessa.
  - i criteri e modalità di interazione tra servizi/prestazioni e l'assegno di cura nella gestione del piano individualizzato.

Nel corso del 2007 gli interventi prospettati nel presente Piano saranno oggetto di specifico monitoraggio ai fini della valutazione della efficienza dei criteri generali e speciali adottati e sulla possibilità di conseguire i livelli organizzativi ed assistenziali programmati.

Oggetto di particolare valutazione sperimentale :

- a) il sistema informativo;
- b) il perseguimento degli obiettivi relativi ai livelli essenziali delle prestazioni sociali indicate dal Piano e delle risorse umane da impiegare;
- c) lo sportello integrato.

Sulle risultanze dell'attività di monitoraggio, l'Ente coordinatore riferirà al Gruppo Guida del Piano di Zona e alla Conferenza dei Sindaci, anche ai fini degli eventuali necessari adeguamenti organizzativi.

### 6-3-Ripartizione e assegnazione del fondo regionale per l'anno 2007:

Forma di intervento	% di settore *	% Totale	Ente gestore del servizio/progetto	Ente percettore contributi **	& di riferimento
Assegno di cura	<b>68%</b>	<b>56,5</b>	<b>Comuni</b>	<b>Comuni</b>	<b>4.3</b>
Assegno di cura (demenze)	<b>32%</b>		<b>ULSS</b>	<b>ULSS</b>	
Assistenza domiciliare (ADI-SAD)		<b>20</b>	<b>Comuni</b>	<b>Comuni</b>	<b>3.1.1 3.1.2</b>
ADI - disabili		<b>10</b>	<b>ULSS</b>	<b>ULSS</b>	<b>3.1.2</b>
Sollievo		<b>7</b>	<b>ULSS</b>	<b>ULSS</b>	<b>4.2</b>
Attivazione e promozione delle reti solidaristiche		<b>0,5</b>	<b>ULSS/Comuni</b>	<b>ULSS</b>	<b>5.4 5.2</b>
Promozione e progettualità sperimentali		<b>0,5</b>	<b>Comuni</b>	<b>ULSS</b>	<b>2.1 / 3.2</b>
interventi eccezionali		<b>0,5</b>	<b>Comuni</b>	<b>ULSS</b>	<b>4.4</b>
Aggiornamento, formazione continua e informazione		<b>1</b>	<b>ULSS /Comuni</b>	<b>ULSS</b>	<b>3.3 / 4 5.1 5.2</b>
Attivazione sistema informativo e rete dei servizi on line		<b>1***</b>	<b>ULSS/Comuni</b>	<b>ULSS</b>	<b>5.3 5.6.1</b>
Allestimento e gestione dello Sportello Integrato		<b>1,5***</b>	<b>ULSS/Comuni</b>	<b>ULSS</b>	<b>5.1 5.2</b>
Funzione di coordinamento Rilevazione dati flusso informativo, monitoraggio e valutazione degli indicatori di risultato; riequilibrio territoriale.		<b>1,5***</b>	<b>ULSS</b>	<b>ULSS</b>	<b>5.3 5.6 7.1 7.2</b>

- \* le percentuali riportate in questa colonna riguardano una articolazione interna della percentuale totale del 56% relativa al montante complessivo da destinare all'assegno di cura.
- \*\* I riferimenti ai Comuni quali percettori dei contributi Comuni sono da intendersi : "a tutti i comuni".
- \*\*\* Le risorse indicate hanno valore indicativo e possono essere impiegate con criteri flessibili in relazione ad altre esigenze afferenti alla realizzazione degli obiettivi della domiciliarità.

## **7- La Verifiche, il Monitoraggio e indicatori di verifica.**

**7-1-** La conoscenza della efficienza e delle efficacia del sistema della Domiciliarità dipende dalla sistematica disponibilità di dati che consentano di verificare se le azioni intraprese garantiscono livelli assistenziali adeguati ai bisogni espressi e la conformità ai livelli programmati.

A questo scopo, l'ULSS predispone la raccolta e l'organizzazione di un complesso organico di dati concernenti l'andamento delle singole azioni di piano, predisponendo in tale senso anche il sistema informativo aziendale.

La predisposizione dello strumento informatico e la realizzazione della attività di rilevazione e di organizzazione dei dati sono oggetto di apposito finanziamento, la cui entità è annualmente definita dalla Conferenza dei Sindaci in relazione ai livelli di conoscenza richiesti.

Il sistema informativo dell'Azienda e quello dei Comuni, opportunamente adeguati in relazione alle esigenze del presente piano, dovranno sviluppare due funzioni fondamentali:

- la prima, finalizzata a rilevare il complesso di dati riguardanti la Domiciliarità per corrispondere ai debiti informativi dei Comuni, della ULSS e della Regione;
- la seconda, orientata a fornire supporti in tempo reale alla attività degli sportelli e degli operatori impegnati nei processi di valutazione del bisogno e di progettazione dei singoli interventi.

**7-2-** Ai fini della valutazione complessiva della efficacia del Piano vengono individuati i seguenti indicatori:

Il Piano assume i seguenti **indicatori di struttura**:

- n di operatori, per tipologia di qualifica professionale, in rapporto alla popolazione residente e all'utenza servita;
- n di utenti, per tipologia di prestazione /servizio in rapporto alla popolazione residente e all'utenza servita;
- n di prestazioni, per tipologia di intervento, in rapporto alla popolazione residente;
- le risorse economiche impiegate, a livello complessivo e di singola tipologia di intervento, in rapporto alla popolazione residente.

Inoltre il Piano registra i seguenti **indicatori di sviluppo**:

- incremento delle persone assistite a domicilio (SAD e ADI/SAD) rispetto ai livelli raggiunti nell'anno precedente;
- incremento degli operatori dedicati alla assistenza in casa (SAD-ADI/SAD) rispetto all'anno precedente
- numero di associazioni e di organizzazioni del volontariato e del 3° settore che concorrono a realizzare specifiche azioni di piano;
- incremento delle risorse finanziarie stanziare dai singoli comuni per la realizzazione di azioni di promozione e di assistenza in casa di persone non autosufficienti;
- numero di domande inoltrate attraverso lo Sportello Integrato;
- numero di progetti individualizzati definiti;



- numero di UVMD operate per interventi di domiciliarità;
- numero di dimissioni ospedaliere effettuate secondo le procedure del protocollo aziendale

### **indicatori qualitativi**

- rapporto tra domanda di residenzialità e le persone assistite a domicilio
- l'apprezzamento delle persone assistite e delle famiglie (*customer satisfaction*)

### **Disposizioni finali**

- a) in attesa che entrino in funzione gli Sportelli Integrati, secondo le previsioni del Piano Locale della Domiciliarità, le domande di accesso ai differenti servizi e prestazioni vanno presentate nel Comune di competenza o presso il Distretto Socio Sanitario secondo le modalità in atto;
- b) l'Ente Coordinatore per le attività di programmazione, di elaborazione degli strumenti e dei regolamenti previsti dal presente Piano, di monitoraggio, di valutazione e di promozione si potrà avvalere di specifici gruppi di lavoro individuati secondo le modalità del Piano di Zona;
- c) per quanto non espressamente previsto nel presente Piano si fa rinvio alle vigenti disposizioni nazionali e regionali e ai regolamenti dell'ULSS e, in particolare, alle previsioni della DGR V 39/2006;
- d) per gli interventi a favore delle persone disabili afferenti all'area della Domiciliarità, non espressamente considerati nel presente Piano, si fa rinvio a quanto previsto dal Piano Locale della Disabilità che si coordina con il presente Piano in conformità alle previsioni della DGRV 1859 del 13 giugno 2006.

PIANO LOCALE DELLA DOMICILIARITA'  
dotazione di assistenti sociali e di operatori di assistenza nei Comuni del Veneto Orientale

TAB 1

Comune	Abitanti al 31.12.05	ultra 65 enni	%ultra 65	Standard regionale		Assistenti sociali		Operatori di Assistenza	
				Ass.Soc (1/6000 ab)	Op.Ass. (1/3000 ab)	Dotazione effettiva (oper.equiv)	Scostamento da standard	Dotazione effettiva (oper.equiv)	Scostamento da standard
ANNONE VENETO	3.791	669	17,6	0,63	1,3	0,5	-0,13	2	0,7
CAORLE	11.896	2.397	20,1	1,98	4,0	2	0,02	3,78	-0,2
CEGGIA	5.506	1.064	19,3	0,92	1,8	1	0,08		-1,8
CINTOCAOMAG.	3.264	672	20,6	0,54	1,1	0,33	-0,21		-1,1
CONCORDIA S.	10.706	2.065	19,3	1,78	3,6	1	-0,78	3	-0,6
ERACLEA	12.680	2.310	18,2	2,11	4,2	0,63	-1,48	1,66	-2,6
FOSSALTA DI PIAVE	4.238	815	19,2	0,71	1,4		-0,71	2	0,6
FOSSALTA DI PORTO.	5.938	1.212	20,4	0,99	2,0	1	0,01	2,5	0,5*
GRUARO	2.744	561	20,4	0,46	0,9	0,22	-0,24	1	0,1
JESOLO	23.693	4.644	19,6	3,95	7,9	3	-0,95	7,8	-0,1
MEOLO	6.366	1.143	18,0	1,06	2,1	1	-0,06	2,5	0,4
MUSILE DI PIAVE	10.797	1.962	18,2	1,80	3,6	1	-0,80	4,4	0,8
NOVENTA DI PIAVE	6.224	1.114	17,9	1,04	2,1	1	-0,04	1	-1,1
PORTOGRUARO	24.995	5.364	21,5	4,17	8,3	3,5	-0,67	7,3	-1,0
PRAMAGGIORE	4.437	660	14,9	0,74	1,5	0,5	-0,24	0,5	-1,0
SAN DONA' DI P.	38.614	7.003	18,1	6,44	12,9	2,8	-3,64	9,1	-3,8
S.MICHELE AL T.	11.771	2.648	22,5	1,96	3,9	1,19	-0,77	3,8	-0,1
SAN STINO DI LIV.	12.502	2.335	18,7	2,08	4,2	1	-1,08	3	-1,2
TEGLIO VENETO	2.145	449	20,9	0,36	0,7		-0,36		-0,7*
TORRE DI MOSTO	4.504	818	18,2	0,75	1,5	0,56	-0,19	0,7	-0,8
<b>Totali</b>	<b>206.811</b>	<b>39.905</b>	<b>19,2</b>	<b>34,47</b>	<b>68,9</b>	<b>22,23</b>	<b>-12,24</b>	<b>56,04</b>	<b>-12,9</b>

Nota: i Comuni con contrassegno \* costituiscono una Unione di Comuni ; i dati dell'Unione sono riportati al Comune di Fossalta di Portogruaro



PIANO LOCALE DELLA DOMICILIARITA'  
Rapporto Operatori di assistenza utenti in ADI

TAB 3

Comune	Abitanti al 31.12.2005	UTENTI ADI				Totale operatori S.S in ADI	Rapporto Operatori Utenti in ADI
		Minori	Adulti	Anziani	Totale		
ANNONE VENETO	3.791			9	9	0,62	14,52
CAORLE	11.896		8	46	54	2,82	19,15
CEGGIA	5.506			6	6	0,4	15
CINTOCAOMAG.	3.264			1	1		
CONCORDIA S.	10.706	2	35	74	111	2,7	41,11
ERACLEA	12.680	3	10	52	65	1,28	50,78
FOSSALTA DI PIAVE	4.238		2	36	38	1,5	25,33
FOSSALTA DI PORTO	5.938	1	2	46	49	0,7	70
GRUARO	2.744			14	14	0,67	20,9
JESOLO	23.693		6	65	71	5,65	12,57
MEOLO	6.366		5	45	50	3,19	15,67
MUSILE DI PIAVE	10.797	1	6	36	43	2,6	16,54
NOVENTA DI PIAVE	6.224	1	5	43	49	1,8	27,22
PORTOGRUARO	24.995	0	10	90	100	6,48	15,43
PRAMAGGIORE	4.437		1	2	3	0,31	9,68
SAN DONA' DI P.	38.614	2	25	250	277	7,17	38,63
S.MICHELE AL T.	11.771		3	30	33	3,62	9,12
SAN STINO DI LIV.	12.502	1	9	34	44	2,5	17,6
TEGLIO VENETO	2.145	3	3	21	27	0,69	39,13
TORRE DI MOSTO	4.504			2	2	0,6	3,33
<b>Totali Comuni</b>	<b>206.811</b>	<b>14</b>	<b>130</b>	<b>902</b>	<b>1.046</b>	<b>45,3</b>	
Azienda S.S.L. n. 10		197	242	38	477	34,66	13,76
		211	372	940	1.523	79,96	<b>19,05</b>

PIANO LOCALE DELLA DOMICILIARITA'  
Interventi di sollievo mediante interventi di residenzialità  
(Anno 2005)

TAB 4

COMUNI	ABITANTI al 31.12.05	SOLLIEVO ANZIANI			SOLLIEVO DISABILI		
		Utenti sollievo	N giornate fuite	contributi erogati	Utenti sollievo	N giornate fuite	Contributi erogati
ANNONE VENETO	3.791	2	28	1229	3	214	12.868,55
CAORLE	11.896	3	149	6622	3	138	8.477,11
CEGGIA	5.506						
CINTOCAOMAG.	3.264	2	90	3691,81			
CONCORDIA S.	10.706	4	178	7635,18	1	80	5.015,30
ERACLEA	12.680	3	79	3240,81	1	40	3.200,00
FOSSALTA DI PIAVE	4.238				2	90	6.000,00
FOSSALTA DI PORTO	5.938	1	53	2173	1	17	1.382,22
GRUARO	2.744	3	150	6965,43	1	85	6.140,54
JESOLO	23.693	1	49	2279			
MEOLO	6.366				1	50	4.281,14
MUSILE DI PIAVE	10.797	1	60	2705,43	4	62	4.010,00
NOVENTA DI PIAVE	6.224				1	85	6.650,00
PORTOGRUARO	24.995	11	448	18946,26	4	188	10.299,88
PRAMAGGIORE	4.437	4	142	6365,62	2	36	2.642,16
SAN DONA' DI P.	38.614	6	240	10660,8	3	147	11.850,51
S.MICHELE AL T.	11.771	1	57	2608,29			
SAN STINO DI LIV.	12.502	2	82	3253,29	1	90	5.541,65
TEGLIO VENETO	2.145	1	56	2566			
TORRE DI MOSTO	4.504	2	74	3548,39	1	66	4.293,56
<b>Totali</b>	<b>206.811</b>	<b>47</b>	<b>1935</b>	<b>84490,31</b>	<b>29</b>	<b>1388</b>	<b>92.652,62</b>
<b>Totale Generale</b>							<b>177.142,93</b>

PIANO LOCALE DELLA DOMICILIARITA'  
Costi SAD/ADI Unitaria  
(dati 2005)

Tab 5

Comuni	CONTRIBUTO REGIONALE 2005	COSTO OPERATORI DEDICATI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE				ALTRI COSTI		COSTO COMPLESSIVO ASSISTENZA DOMICILIARE	
				DI CUI DEDICATI ALL'ADI		SAD/ADI	DI CUI PER L'ADI	SAD/ADI	DI CUI PER L'ADI
		OPER. ASS.	ASS. SOC.	OPER. ASS.	ASS. SOC.				
ANNONE VENETO	12.749,21	20.355,00	6.573,00	20.355,00	1.232,00	30.690,00	20.460,00	57.618,00	42.047,00
CAORLE	40.942,81	98.905,00	17.636,00	82.905,00	14.783,00	17.045,00	8.971,00	133.586,00	106.659,00
CEGGIA	7.788,92	18.297,00	5.000,00	10.175,00	2.500,00	600,00	400,00	23.897,00	13.075,00
CINTOCAOMAG.	2.040,60		3.990,00			3.094,00		7.084,00	0,00
CONCORDIA SAG.	41.614,65	91.648,00	12.775,00	82.483,00	11.498,00	38.279,00	34.451,00	142.702,00	128.432,00
ERACLEA	27.356,70	51.274,00	39.348,00	41.019,00	23.609,00	22.928,00	11.593,00	113.550,00	76.221,00
FOSSALTA DI PIAVE	19.268,33	55.556,00	14.010,00	41.667,00	11.675,00	1.400,00	1.000,00	70.966,00	54.342,00
FOSSALTA DI PORT.	17.666,67	42.125,00	13.104,00	19.377,00	8.736,00	19.635,00	8.443,00	74.864,00	36.556,00
GRUARO	11.706,66	26.429,00	11.000,00	17.707,00	7.370,00			37.429,00	25.077,00
JESOLO	79.423,27	222.112,00	39.680,00	148.865,00	31.000,00	83.448,00	58.414,00	345.240,00	238.279,00
MEOLO	48.497,07	123.420,00	17.375,00	92.565,00	13.031,00	42.740,00	32.055,00	183.535,00	137.651,00
MUSILE DI P.	27.231,17	110.379,00	11.520,00	73.586,00	7.680,00	11.340,00	7.560,00	133.239,00	88.826,00
NOVENTA DI P.	40.040,50	77.817,00	25.109,00	46.690,00	10.044,00	33.381,00	25.036,00	136.307,00	81.770,00
PORTOGRUARO	84.025,55	199.782,00	40.758,00	175.894,00	35.857,00	65.768,00	33.542,00	306.308,00	245.293,00
PRAMAGGIORE	4.247,92	8.572,00	1.922,00	7.857,00	961,00	5.646,00	3.764,00	16.140,00	12.582,00
SAN DONA' DI P.	155.906,71	261.712,00	52.453,00	209.370,00	31.472,00	192.277,00	115.366,00	506.442,00	356.208,00
S.MICHELE AL T.	27.277,67	94.564,00	7.354,00	86.999,00	6.766,00	9.391,00	8.640,00	111.309,00	102.405,00
SAN STINO DI LIV.	32.652,65	129.237,00	23.179,00	92.312,00	15.453,00	5.476,00	4.676,00	157.892,00	112.441,00
TEGLIO VENETO	12.122,35	31.536,00	4.368,00	18.440,00	2.621,00	2.976,00	1.215,00	38.880,00	22.276,00
TORRE DI MOSTO	9.690,93	24.118,00	16.330,00	18.089,00	6.532,00			40.448,00	24.621,00
<b>totali</b>	<b>702.250,34</b>	<b>1.687.838,00</b>	<b>363.484,00</b>	<b>1.286.355,00</b>	<b>242.820,00</b>	<b>586.114,00</b>	<b>375.586,00</b>	<b>2.637.436,00</b>	<b>1.904.761,00</b>
Azienda S.S.L. n. 10	369.881,29	1.038.414,00	270.069,00	1.038.414,00	270.069,00	108.267,00	108.267,00	1.416.750,00	1.416.750,00
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>1.072.131,63</b>	<b>2.726.252,00</b>	<b>633.553,00</b>	<b>2.324.769,00</b>	<b>512.889,00</b>	<b>694.381,00</b>	<b>483.853,00</b>	<b>4.054.186,00</b>	<b>3.321.511,00</b>