Il Piano Locale della Disabilità
30 Gennaio 2007

Azienda ULSS 12
Comuni di
Venezia, Marcon, Cavallino Treporti, Quarto d'Altino

PIANO LOCALE DISABILITA'

FINALITA' E STRATEGIE DEL PIANO LOCALE DISABILITA'

I contenuti e gli ambiti di cui alla Dgr. 1859/2006 riguardano il sistema domiciliarità e residenzialità. Gli indirizzi e le disposizioni sono diretti a tradurre in ambito locale programmi, modalità e accesso ai servizi con particolare riferimento all'età adulta, escludendo le tematiche relative all'integrazione scolastica e lavorativa, oggetto di specifici provvedimenti.

La disabilità viene definita come una condizione di vita, riaffermando il valore centrale della persona umana, della sua attività e delle sue possibilità di partecipazione attiva alla vita sociale.

La finalità del Piano Locale della Disabilità consiste nel "*rafforzare in tutti gli ambiti territoriali i livelli di integrazione, assicurando, soprattutto nell'età adulta, il raccordo e il coinvolgimento dei servizi sanitari e socio-sanitari di sostegno alla persona e alla famiglia, previsti nelle Aziende ULSS, con i servizi sociali delle amministrazioni locali e con le opportunità disposte dai soggetti pubblici e privati.*"

Il Piano Locale della Disabilità deve essere inteso "*come strumento operativo che attua ed integra il Piano di Zona di cui alla L.R. 56/94. Le linee di indirizzo sono rivolte alla realizzazione di un unico documento di programmazione locale, articolato in due parti; una relativa alla domiciliarità e l'altra alla residenzialità. Sono indirizzi strategici comuni alla domiciliarità e alla residenzialità la realizzazione dello sportello integrato, in analogia a quanto previsto con DGR 39/06 e gli aspetti che riguardano la centralità della presa in carico e della definizione del progetto individuale, sulla base della valutazione approvata dalla Unità di Valutazione Multidisciplinare del Distretto socio-sanitario.*"

L'elaborazione di programmi e servizi devono essere rivolti primariamente alle persone in condizioni di gravità privilegiando, attraverso la presa in carico e la definizione del progetto individuale, la continuità assistenziale. Gli interventi sono rivolti prevalentemente al mantenimento/potenziamento delle competenze, prevenendone il deterioramento.

Il progetto individuale si caratterizza per la condivisione, per l'adeguatezza tra bisogni e risorse disponibili e per la capacità di modificarsi dello stesso in relazione alle fasi della vita, alle valutazioni e alle verifiche.

Il Piano della Disabilità si caratterizza, tra l'altro, per l'obiettivo di promuovere e tutelare la qualità della vita dei cittadini disabili a rischio di esclusione nel loro contesto di vita, attraverso la creazione di una rete composita ed organizzata di strategie, di risorse e di interventi, per la presa in carico della persona disabile e per il sostegno alla famiglia.

Al centro del sistema c'è la persona con i suoi diritti esigibili tra cui quello di rimanere nella propria abitazione e nel proprio contesto sociale.

Il criterio della centralità della persona, in quanto soggetto autodeterminato, collaborante e partecipe:

- orienta aspetti organizzativi e di programmazione degli interventi;
- rimanda alla significatività delle relazioni che incrementano il senso di appartenenza e di vivibilità anche dei luoghi di cura/riabilitazione oltre che degli spazi di vita;
- richiede il rispetto e la tutela della "continuità storica" della persona da cui dipende il senso della vita personale.

Il Piano Individuale, che orienta la metodologia di lavoro e diventa lo strumento principale di intervento, si sviluppa a partire dall'autodeterminazione della persona diversamente abile e si basa sulla motivazione e sulla partecipazione al progetto da parte del disabile e della sua famiglia.

Il Piano Locale per la Disabilità persegue la finalità di rendere esigibili i diritti dei cittadini dallo stesso esplicitati, individuandone forme e modalità in sintonia con quanto previsto dal Piano Di Zona, del quale sarà parte integrante.

Tale finalità viene perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo di una rete, composita ed organizzativamente ordinata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della disabilità e delle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone disabili. L'obiettivo è di promuovere forme possibili di autonomia personale nella vita familiare, di relazione, nella vita sociale.

La promozione delle possibili autonomie della vita dei soggetti diversamente abili, si realizza attraverso azioni orientate:
- ai soggetti stessi,
- a chi si prende cura di loro,
- al sistema di contesto e/o di rete,

per garantire una adeguata assistenza ai soggetti per i quali non è possibile mantenere il proprio domicilio.

Il Piano Locale per la Disabilità esplicita i servizi e le attività per la presa in carico delle persone con disabilità perseguendo la logica della integrazione. Offre al disabile percorsi e condizioni di vita quotidiana che, compatibilmente con i suoi bisogni, lo inseriscano in una dimensione reale di vita più prossima alla "normalità", nel rispetto di una condizione meno restrittiva delle libertà personali.

L'integrazione, che si basa sul riconoscimento reciproco dei valori e dei diritti dell'altro, apre a tematiche complesse, a processi culturali delicati e poco lineari e richiede almeno due pre-requisiti:
- ambienti in rete culturalmente preparati all'accoglienza della persona diversamente abile;
- il possesso o il conseguimento da parte del disabile di potenziali minimi relativi all'autonomia individuale e relazionale.

Si possono individuare livelli diversi di integrazione:
- FISICA, di condivisione degli ambienti domestici, di lavoro, scolastici, ricreativi…;
- FUNZIONALE, di capacità di usare e padroneggiare gli ambienti (mangiare a tavola/ristorante…);
- SOCIALE, capacità di relazionarsi in modo reciprocamente gratificante con i familiari,

colleghi, vicini…;
- PERSONALE, capacità (ove possibile) di sviluppare ed evolvere il bisogno e il piacere di una relazione personale significativa con gli altri anche attraverso la maturazione di rapporti preferenziali;
- SOCIETARIA, (in particolar modo per la disabilità fisica, vedi progetti "vita indipendente"), capacità di esprimere i propri diritti secondo varie forme dell'autodeterminazione così come la sua condizione gli consente (v. anche amministratore di sostegno).

PRIORITA' INDIVIDUATE

- formazione;
- specializzazione degli interventi;
- modularità operativa, intesa come articolazione delle attività, non come attività aggiuntiva.

La predisposizione del Piano locale della Disabilità rafforza in tutti gli ambiti territoriali i livelli di integrazione, assicurando, soprattutto nell'età adulta, il raccordo e il coinvolgimento dei servizi sanitari e socio-sanitari di sostegno alla persona e alla famiglia, previsti nell' Azienda ULSS, con i servizi sociali delle amministrazioni locali e con le opportunità disposte dai soggetti pubblici e privati.

L'attenzione alle persone in condizione di gravità

L'attenzione alle persone in condizione di gravità costituisce la priorità principale della presente programmazione territoriale, per trovare risposta nella organizzazione di specifici interventi.

Nella predisposizione del Piano locale della Disabilità la rete dei servizi si dota di strumenti, professionalità e strutture sufficienti a garantire l'attivazione di forme flessibili di supporto alla persona.

Per le persone in condizione di gravità gli interventi saranno rivolti prevalentemente:

- all'assistenza;
- al mantenimento delle attività motorie e di base;
- alla prevenzione del deterioramento della persona;
- al recupero;
- alla riabilitazione;
- all'erogazione di ausilii personalizzati.

ATTUALE OFFERTA TERRITORIALE DI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI PER PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

Le strutture semiresidenziali e residenziali sotto elencate sono (ad esclusione del Centro diurno "S. Alvise") gestite dal "terzo settore" mediante apposite convenzioni stipulate con l'AULSS 12 ed il Comune di Venezia, comprendenti le modalità, la tempistica e l'estensione degli interventi.

* All. n.3 : "Strutture diurne";

* all. n. 4: "Comunità alloggio";

* all. n. 6: RSA.

L'inserimento di alcuni utenti gravemente compromessi, soprattutto dal punto di vista comportamentale, è avvenuto presso strutture extra – territoriali. Per questi casi si programmano verifiche sistematiche e periodiche dei progetti individualizzati.

* all. n. 5: "Strutture extra-territoriali";

Dai dati rilevati dall'Osservatorio Regionale Handicap emerge come il numero delle persone per le quali si ricorre ai servizi residenziali tende progressivamente ad aumentare: al 1/1/2005 si raggiunge il numero di 2674 persone accolte nei servizi residenziali del territorio della Regione Veneto. Tale incremento presenta le seguenti caratteristiche:

- si innalza sempre di più l'età all'ingresso in struttura;
- diminuisce il numero delle persone accolte nei servizi istituzionali di grandi dimensioni;

aumentano le persone accolte nelle comunità di piccole dimensioni, anche rispetto ai nuclei di RSA.

Tali trasformazioni evidenziano la presenza di alcune criticità che superano le specificità settoriali e che attengono invece al sistema della residenzialità nel suo complesso. In particolare:

- la necessità di intervenire sui livelli di qualità degli interventi, applicando i nuovi standard organizzativi e strutturali specifici per la residenzialità delle persone con disabilità;
- la necessità di affrontare la sostenibilità dei costi, correlando le prestazioni previste nel progetto individuale con il livello assistenziale e con i bisogni della persona con disabilità;
- la necessità di sviluppare la programmazione territoriale, attraverso tavoli di concertazione condivisa rispetto alla realizzazione e all'attivazione di servizi residenziali rispondenti alla domanda espressa dal territorio.

LINEE DI TENDENZA/PROIEZIONI

Il presente piano Locale prevede come di indirizzo prioritarie quanto di seguito evidenziato:

- permanenza a domicilio;
- progettazione ed avvio di iniziative a favore dei disabili adulti over 50 anni (24 utenti nel 2006 dai 50 anni ai 65);
- progettazione di iniziative a favore di utenti noti all'Unità operativa famiglia ed età evolutiva che potranno fruire dei servizi dell'area disabilità adulta, previa valutazione(circa 50 casi tra i 15 e i 25 anni);
- minor utilizzo di strutture extra territorio AULSS12.

Passaggio età evolutiva/età adulta

Da un recente rilievo condotto presso i servizi per l'età evolutiva nei quattro distretti dell'AULSS 12, riferito all'utenza compresa tra i 15 e i 25 anni, si desume che solo una percentuale necessita di inserimenti in strutture; circa 50 utenti necessiteranno di un progetto che preveda l'inserimento in struttura semiresidenziale.

A tal fine si rende necessario rivedere e aggiornare il protocollo di intesa tra i servizi e le prassi operative degli operatori coinvolti. E' comunque già operativa una proficua collaborazione tra le due Aree, anche grazie all'impegno di una figura tecnica dell'Area disabili adulti che funge da collegamento, tramite interventi valutativi e di ricognizione.

Passaggio età adulta/area anziani

Le attese di vita per la persona disabile sono in progressivo aumento, pertanto si rende necessario programmare soluzioni adeguate per l'utenza disabile over 50 (24 persone) rendendo flessibile la soglia anagrafica. Ove si rendesse necessario il passaggio ad un servizio dell'Area anziani, saranno formulati Piani Individuali che prevedano azioni di accompagnamento e di sostegno all'utente da parte degli operatori dell'Area disabili.

Stima delle future prese in carico nel triennio:

50 casi nuovi dall'U.O. famiglia età evolutiva.

Pianificazione:

- governare la formazione;

- predisporre un quadro di riferimento e un linguaggio condivisibili (v. formazione I.C.F.);

- promuovere la prevenzione primaria, secondaria, terziaria, in accordo con i Servizi distrettuali e le strutture ospedaliere;

- promuovere, anche attraverso l'applicazione dell'ICF, una base comune scientifica per migliorare l'approccio alla disabilità;

- promuovere modelli organizzativi a partire dal passaggio/condivisione di informazioni;

- implementare l'utilizzo e la manutenzione della rete ;

- promuovere la forma mentis del lavoro in equipe;

- favorire risposte differenziate ai bisogni dell'utenza, ipotizzando anche trattamenti specializzati per moduli e aree di bisogno;

- offrire supporti in rete alla famiglia della persona disabile mediante attività di sostegno e consulenza e/o attività gruppali come la conduzione e l'avvio di ulteriori "Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto" (vedi all. n. 10);

- facilitare livelli di collaborazione diretta sul paziente tra servizi, finalizzati anche al trattamento, per moduli e specializzati tramite l'attivazione di specifici protocolli di intesa tra U.O. all'interno della AULSS , per esempio con:

    - Dipartimento Materno Infantile;

    - Unità Operativa Famiglia Età Evolutiva – che comprende i Consultori Familiari e i Servizi di N.P.I.;

    - Dipartimento di Salute Mentale (ci si impegna a stipulare un apposito protocollo entro 6 mesi dalla approvazione del presente piano);

    - Dipartimento di prevenzione;

    - Presidi ospedalieri;

    - Servizi distrettuali per la riabilitazione.

Si ricorda a tal proposito la collaborazione già in atto con il Servizio di Neurologia per la consulenza e supervisione degli utenti accolti presso il Centro diurno per epilettici gravi "La Rivincita".

I Destinatari

Sono destinatari del presente piano le persone con disabilità come individuate dall'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" residenti o domiciliati nel territorio dell'Aulss 12 Veneziana in età compresa tra zero e sessantaquattro anni, e le loro famiglie.

Trasversale alle fasce di età è la condizione di *gravità* " qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, …in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella relazionale." Ciò va considerato anche perchè "Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici" (art. 3 comm. 3 L. 104 del 5/02/1992).

Nella programmazione va considerata la condizione di gravità sanitaria e/o di emergenza sociale, a tal fine si rende necessario adeguare strutture esistenti piuttosto che crearne di nuove.

E' opportuno suddividere per fasce di età sulla base di criteri pragmatici riferiti a modalità di intervento:

15/19 aa.: età strategica non per quantità numerica ma per la necessità di modalità operative che tengano conto del passaggio sia evolutivo che istituzionale, dai servizi NPI (quindi anche integrazione scolastica etc.) ai servizi per adulti (Psichiatria, 162, etc.), al fine di dare continuità, ove richiesta, agli interventi precedentemente erogati dai servizi competenti;

20/34 aa.: fase evolutiva in cui anche per la persona disabile si possono attivare in modo prevalente e prioritario interventi di riabilitazione psico-socio-sanitaria e di integrazione sociale e crescita tramite interventi educativi;

35/49 aa.: si dà seguito agli interventi destinati alla fascia 20/34 tenendo conto soprattutto di strategie di mantenimento e di prevenzione da eventuali deterioramenti/aggravamenti psico-fisici e soprattutto delle eventuali modifiche socio-ambientali sia in seno alla famiglia che alla rete sociale;

50/64 aa.: età strategica per la necessità di modalità operative che tengano conto del passaggio sia evolutivo che istituzionale dai servizi per la disabilità adulta ai servizi per anziani (Si richiama qui la buona pratica della flessibilità per l'inserimento delle persone disabili nella fascia anziani qualora se ne presenti la necessità);

In altre parole, dal compimento del sessantacinquesimo anno di età, le persone con disabilità possono usufruire dei servizi e delle prestazioni previsti per le persone anziane non autosufficienti. In caso di necessità/opportunità diverse l'età si anticipa, fermo restando che il compimento dell'età anagrafica non è elemento

discriminante per continuare a usufruire dei servizi già utilizzati. Questo comporta la necessità di prevedere strutture sia residenziali che diurne articolate in moduli di trattamento per renderle adatte ad accogliere le situazioni limite. (Concetti di età anagrafica di soglia sono comunque necessari per evitare la saturazione dei posti disponibili presso le strutture).

I SOGGETTI DEL PIANO E I LIVELLI DI RESPONSABILITA

Sono i soggetti istituzionali previsti: Regione, Comuni, AULSS 12 di cui alla L.328/00, soggetti del privato sociale, le formazioni sociali, le risorse della comunità locale. Per i rispettivi livelli di responsabilità si recepisce quanto stabilito dal DGR 1859 del 13/6/2006.

STRUMENTI

A: sistema (vedi regolamento Gruppo di lavoro disabili all. n.1 con integrazioni nel testo);
B: domiciliarità;
C: residenzialità.

La legge regionale n°22/2002 per l'Autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, prevede degli elementi trasversali e comuni alla domiciliarità e alla residenzialità.

RICHIESTA DI INTERVENTO

Lo sportello integrato

Come già previsto nel piano della domiciliarità a cui si fa riferimento, deputato a raccogliere le richieste di interventi è lo sportello unico integrato, realizzato in ciascun ambito di distretto socio-sanitario (si rimanda alla DGR. 39/2006).

UVMD: Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale

In attuazione del presente Piano e in attuazione di quanto previsto nel Piano Locale della Domiciliarità i soggetti si impegnano entro il 2007 a modificare il regolamento locale vigente della UVMD la quale, articolandosi in semplificata e complessa, comprende i criteri e le modalità della sua composizione, introducendo nel regolamento generale punti specifici della valutazione dei progetti individuali per i disabili, tenendo conto delle indicazioni regionali di cui alla Dgr. 39/2006:

1. UVMD ordinaria;

2. UVMD semplificata (vedi DGR 39/2006 e Piano Locale Domicialirità);
3. UVMD straordinaria: per l'attivazione della rete assistenziale in pochi giorni (2/3) dalla richiesta. Può essere richiesta anche per ratificare soluzioni date a casi urgenti avviate prima dell'UVMD.

La valutazione e l'approvazione del progetto individuale spetta alla UVMD, di cui alla DGR 3242/2001.

Per l'elaborazione del progetto individualizzato si propone di utilizzare uno strumento di valutazione fondato sull'ICF denominato SVAMdi, dal momento della conclusione della sperimentazione regionale.

UVMD costituisce l'unico accesso alla rete integrata dei servizi socio sanitari e socio assistenziali a livello territoriale.

La valutazione in UVMD può essere effettuata su richiesta della persona, della famiglia, di uno dei soggetti istituzionali titolari di competenze nell'area della disabilità o da uno dei soggetti gestori di servizi coinvolti nella realizzazione del progetto individuale di intervento.

La valutazione da parte dell'UVMD, come sopra delineata, è effettuata quando il progetto individuale di intervento comprende l'accesso ad almeno uno dei seguenti servizi:

- assistenza domiciliare integrata, con interventi sanitari di tipo specialistico e di tipo riabilitativo;
- accoglienza temporanea o definitiva in struttura residenziale (anche sollievo);
- accesso ai servizi diurni per persone con disabilità;
- progetti di Vita Indipendente.

I parametri di valutazione ICF saranno utilizzati come strumento di verifica, per il monitoraggio del Piano Individuale, secondo tempistiche previste dallo stesso.

Per le altre provvidenze, servizi e interventi si provvede secondo modalità e con strumenti definiti nella DGR 39/06 e secondo il Piano locale della Domiciliarità approvato.

Strategie della domiciliarità

Destinatari di questa strategia di intervento sono le persone disabili gravi a domicilio nell'ambito territoriale dell'Aulss 12.

Le finalità perseguite sono:

- soddisfare i bisogni specifici di tipo sanitario e assistenziale;
- dare sicurezza all'andamento quotidiano rispettando i ritmi individuali e familiari;
- facilitare/promuovere attività personalizzate per realizzare la propria soggettività (autodeterminazione).

STRUMENTI PER LA DOMICILIARITA'

La Rete dei Servizi per la domiciliarità

- **Interventi di promozione dell'autonomia personale**: programmi di intervento, finalizzati alla acquisizione e al mantenimento di autonomie personali che permettano di migliorare le capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa, nonché interventi di promozione delle attività sportive, di tempo libero e di integrazione sociale.

Rientrano in tale area gli interventi, inseriti nei progetti individuali, realizzati nell'ambito dei programmi territoriali di intervento (2003 poi rinnovato), anche ai sensi della L. 284/97 e di altre indicazioni normative regionali, che perseguono l'obiettivo prioritario di promuovere forme di autonomia personale nella vita di relazione, nella vita sociale e familiare.

Si inseriscono in tale linea di intervento le attività e i servizi realizzati in collaborazione con diversi soggetti pubblici e privati, centri multizonali, Associazioni e cooperative sociali, che favoriscono e potenziano l'utilizzo delle autonomie personali per migliorare le capacità di relazione, di partecipazione attiva e di integrazione sociale, nello sport e nel tempo libero.

- Servizi Diurni (ex CEOD)

Per quanto non specificato nelle pagine seguenti, si richiama il Piano Locale della Domiciliarità.

La Regione definisce il Centro Diurno quale servizio territoriale, rivolto a persone con disabilità con diversi profili di autosufficienza, cui fornisce interventi a carattere educativo, riabilitativo e assistenziale. È questa una definizione che consente una articolazione dell'offerta che è il contrario dell'omologazione e della omogeneizzazione sul territorio nel superamento della logica del Centro occupazionale, è richiesto lo sviluppo di modalità organizzative e gestionali che rafforzino l'aspetto di servizio diurno orientato sempre più ai bisogni della persona attraverso la predisposizione di progetti individualizzati.

La Conferenza dei sindaci, in accordo con l'Azienda ULSS, ha ravvisato, nell'ambito dell'ultimo Piano di Zona, "la necessità di aprire un'ampia riflessione sui tradizionali Ceod deve coinvolgere tutti i soggetti portatori di interessi, con l'obiettivo di costruire modalità organizzative finalizzate all'applicazione di metodologie di empowerment. Metodologie che favoriscano sinergie tra i soggetti gestori e gli operatori, anche mettendo a disposizione le diverse opportunità, relative alle caratteristiche delle strutture, al patrimonio di competenze, alle propensioni di chi vi opera, alla progettualità riferita sia ai contentati che a una dimensione mentale.

Tale processo si pone come obiettivi prioritari l'integrazione e la costante promozione dell'autonomia possibile nell'ambito della quotidianità. Una quotidianità che può e deve essere rapportata a soggetti adulti (molti dei quali in età avanzata), che presentano desideri, bisogni, interessi diversificati e fortemente legati al trascorrere del tempo. Elemento, questo, spesso trascurato nella routine del lavoro quotidiano.

Per una parte non trascurabile di questi soggetti, che presentano contesti di fragilità, è prevedibile l'esigenza di una sistemazione di carattere residenziale."
Il P.L.dis definisce le modalità di accesso, gli obiettivi di programmazione locale che si orientano alla modularità e alla specializzazione e le risorse necessarie per rispondere alla domanda.

MODALITA' DI ACCESSO

L'accesso ai servizi semiresidenziali avviene a seguito della valutazione effettuata dalla UVMD del Distretto di residenza della persona con disabilità.

La legge 22/2002 definisce il target di utenza per la semiresidenzialità:
Centro Diurno: * capienza: massimo 30 posti
* target: parzialmente autosufficienti e non autosufficienti in possesso del riconoscimento di "handicap grave" ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92.

Per quanto attiene le modalità di erogazione di servizi e prestazioni, si rimanda alle convenzioni in essere, stipulate fra gli Enti pubblici coinvolti ed il terzo settore avente titolo (Associazioni, Cooperative sociali, ecc.).
Gli enti locali, in collaborazione con l'Aulss aggiorneranno gli specifici regolamenti adottati per l'assunzione della spesa relativa in relazione ai livelli essenziali di assistenza di cui alla DGR n. 3972 del 30.12.2002. I criteri vengono definiti dal D.L. 130/2001 ISEE.

In questo contesto è in itinere un "percorso di ricerca partecipata sulla qualità della vita delle persone con disabilità nel territorio veneziano". (allegato n. 11 vedi rapporto ETAM. Si prevede che tale rapporto possa essere concluso prima della stesura dei nuovi Piani di Zona).

Riorganizzazione attività di riabilitazione

I trattamenti riabilitativi si collocano su tre tipologie di prestazioni sulla base di:

- natura del bisogno;
- intensità di trattamento riabilitativo: intensivo/estensivo/di lunga durata in particolare per quelle patologie per cui si prevedono cicli di trattamento senza limiti temporali;
- complessità del trattamento.

Si propone che la nuova convenzione preveda:

- un'estensione territoriale ai 4 distretti dell'AULSS 12;
- un vincolo al target di utenza "disabili con necessità riabilitative", anche in regime di domiciliarità, secondo la valutazione specialistica.

Attualmente l'erogazione delle prestazioni avviene nella sede del Centro (Marghera), in prospettiva si può ipotizzare l'erogazione della prestazione anche nel territorio.

Programmazione 2007-2009

1. trasferimento e potenziamento Comunità Alloggio (ANFFAS di Mestre) per disabili ex S. Alberto Magno di via Casona, con annesso laboratorio diurno;
2. ristrutturazione funzionale e con alcune modifiche strutturali del Centro Diurno di S.Alvise;
3. adeguamento alla Legge Reg. 22/01: ridefinizione tipologia delle unità di offerta delle Comunità Alloggio, Residenziali, RSA e ridefinizione del target d'utenza delle prestazioni modulari e specialistiche che caratterizzano ciascun servizio nella rete; nello specifico la riconversione dell'Istituto residenziale "Don Orione" in nuclei di massimo 20 posti di "Comunità Residenziale" e/o "RSA per disabili" come indicato nei nuovi standard della Legge 22/2002;
4. adeguamento alla Legge Reg. 22/02 ridefinizione tipologia delle unità di offerta: Centri Diurni;
5. specificazione dei target di utenza;
6. individuazione di posti a cicli diurno e residenziale deputati all'emergenza ed al sollievo;
7. avvio nuova Comunità alloggio "Ex Docce" (ANFFAS di Venezia) previsto per il mese di giugno 2007;
8. la verifica annuale degli inserimenti presso struttura extra – territoriali; considerando che gli inserimenti citati hanno tutti superato i cinque anni, le quote di rilievo sanitario non si ritengono conteggiate a carico dell'A.U.L.S.S. 12 (es. utenti inseriti presso l'Istituto "C. Gris" di Mogliano Veneto;
9. aumento dei posti letto previsti per la RSA – Disabili "Anni Azzurri" da 13 a 16 complessivi.

INTERVENTI EROGATI A DOMICILIO E DI SUPPORTO ALLA FAMIGLIA

Assistenza domiciliare sociale, sanitaria ed integrata, fornitura di protesi ed ausili, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale.
Per l'approfondimento di questi interventi si rimanda al Piano Locale della Domiciliarità.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Vedi Piano locale domiciliarità.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata offre la possibilità di usufruire, unitamente all'assistenza domiciliare, anche delle cure mediche, infermieristiche e /o riabilitative necessarie al proprio domicilio (v. normativa vigente riferita anche a: nutrizione artificiale domiciliare, cure palliative, assistenza domiciliare ventilatoria, etc.).
Ai fini della predisposizione del Piano locale della Disabilità, l'ADI va considerata nella sua unitarietà, quale modalità assistenziale con cui diverse figure professionali sanitarie

e sociali concorrono, presso il domicilio della persona, alla realizzazione del progetto individuale.

L'Aiuto Personale

L'Aiuto Personale ricomprende azioni di sostegno alla persona, specifiche e limitate nel tempo, interventi domiciliari assistenziali, interventi socio-educativi-riabilitativi tramite interventi domiciliari da parte di tecnici quali: educatore, logopedista, fisiokinesiterapista, che addestrano la persona con disabilità e i suoi familiari allo svolgimento di attività particolari.

In presenza di malattie croniche/gravi possono essere attivati interventi di aiuto personale specifici (v. somministrazione insulina al minore scolarizzato o a persone per cui non è possibile l'autosomministrazione etc.)

Le reti solidaristiche della comunità locale

Il sistema della domiciliarità è sostenuto e realizzato con il concorso di tutte le risorse della comunità locale, le associazioni di volontariato e le altre forme di solidarietà e di partecipazione sociale (allegato n. 7).

Il Piano locale della Disabilità costituisce l'occasione per mettere in rete tali opportunità, attraverso un'azione sinergica di integrazione con i servizi erogati e attraverso la realizzazione di specifiche iniziative progettuali, che implementano e completano l'offerta di servizi in risposta ai bisogni delle persone.

Assegni di cura (v. piano della domiciliarità)

Assegni di cura alle persone disabili e alle famiglie, differenziati a seconda del carico assistenziale, della modalità e della tipologia di assistenza fornita; contributi temporanei e/o straordinari. L'assegno di cura ricomprende tutte le diverse forme di intervento economico, finalizzate a supportare le famiglie nell'assistenza delle persone in situazione di gravità, anche ad integrazione di altre prestazioni e servizi.

La modalità di erogazione degli assegni di cura è definita secondo quanto indicato dalla DGR 39/06.

PROGETTUALITA' INERENTE ALLA LEGGE 162/98

- Voucher (Interventi per la Vita Indipendente (v. allegato n. 8).

L'intervento economico, rivolto alle persone con grave disabilità fisico motoria, capaci di autodeterminazione, in età compresa tra i diciotto e i sessantaquattro anni, è finalizzato alla fruizione di prestazioni assistenziali per consentire la libera partecipazione alla vita sociale.

Il progetto individuale viene predisposto e realizzato con la piena condivisione della persona con disabilità che assume e gestisce direttamente il rapporto di lavoro con un assistente personale.

Il contributo economico mensile erogabile per la realizzazione di progetti di vita indipendente non può superare € 1000 mensili (DGR 2824/03).

Il Piano locale della Disabilità definisce le modalità di accesso, i criteri per la definizione delle priorità, le modalità di gestione ed organizzazione.

- **Microprogettualità (v. allegato n. 9)**

Per dare continuità ai trattamenti avviati dal luglio del 2004 nell'area periferica di Cavallino-Treporti, dove peraltro sono assenti strutture diurne per disabili, si rende necessario mantenere la progettualità in atto.

Pronta Accoglienza e Accoglienza Programmata nei servizi residenziali

La Pronta Accoglienza (L. 104/92, L. 162/98 e DGR 4230/2003, allegato A), è una tipologia di offerta che assicura la tempestiva accoglienza della persona con disabilità in struttura residenziale, al verificarsi di situazioni di emergenza, dovute alla momentanea impossibilità di assistenza da parte dei familiari.

L'Accoglienza Programmata (L. 104/92, L. 162/98 e DGR 4230/2003, allegato A) è una tipologia di offerta che dà la possibilità alla persona con disabilità e alla sua famiglia di programmare uno o più periodi di accoglienza temporanea in struttura residenziale, garantendo un periodo di sollievo alle famiglie con elevati carichi assistenziali e un percorso di acquisizione di autonomia alla persona con disabilità.

Ipotesi di attuazione

a) n°1 posti (terraferma) + n°1posti (Venezia e isole) tenuti a disposizione per la pronta accoglienza nelle strutture con un meccanismo a rotazione (ipotesi: Coop. Velox, Coop. La Rosa blu, Anffas c/o struttura di S. Alvise, ex-Docce);
b) sperimentare soluzioni alternative alle 3 progettualità diurne presso la RSA Anni Azzurri, in attesa di un inserimento presso un Centro diurno si provvederà con l'applicazione della L.162/98 art.1 per un tempo definito e breve (in tal caso i posti verrebbero trasformati in residenziali portando così il numero di posti letto disponibilità da13 a 16).

La messa a disposizione di questi posti verrà regolamentata da apposita convenzione e dovrà essere conteggiata relativamente ai soli costi fissi (indiretti).

Risorse finanziarie domiciliarità

I soggetti del Piano concordano nel ripartire come segue le risorse Regionali per il triennio, stimate per il 2007 in € 585.000,00 pari al finanziamento 2006 incrementato del 3%. Tale somma verrà ripartita, secondo i vincoli percentuali minimi indicati dalla DGR n. 4470 del 28/12/2006, come segue:

- progetti di promozione di autonomia personale, 3% pari a € 17.550,00:
    - ex Legge 284/97;
    - sostegno alla famiglia nell'assistenza continuativa nelle 24 h.

- progetti di aiuto personale, 27% pari a € 158.000,00:
    - ex Legge 162/98 art. 1
        - progetti destinati all'utenza disabile residente di Cavallino Treporti;
        - progetti individuali disabili (es. ex Gris presso RSA- Disabili "Anni Azzurri", Zorzetto);
        - pronta accoglienza;
        - progetti destinati all'utenza disabile residente presso altri Comuni del territorio ULSS.

- Legge 162 – "Vita indipendente", 70% pari a 409.000,00.

Strategie della residenzialità

Destinatari di questa strategia di intervento sono in primo luogo i disabili privi, in via temporanea o permanente, di adeguato sostegno familiare con differenti condizioni di gravità personale e/o familiare.
L'abitare costituisce un diritto collegato non solo e non tanto ad una "casa" quanto ad un ambiente/dimensione familiare caratterizzato anche da relazioni significative.
La residenzialità può accogliere anche bisogni di autonomia e differenziazione dalla propria famiglia come un processo che necessita di una specifica gradualità e che va supportato da risorse e sostegni adeguati.

I P.I. che tengano conto di indicatori di qualità della vita e delle relazioni si avvalgono di scelte di residenzialità alternativa:

RSA (v.legge 22/2002);
comunità alloggio (v.legge 22/2002);
comunità residenziale per disabili gravi.

Le finalità da perseguire consistono nel garantire il diritto di disporre di:

- un ambiente rispondente alle necessità quotidiane della vita anche se connotate da specifici e particolari bisogni di assistenza, di cura, di riabilitazione;
- un ambiente ove poter costruire/ricostruire relazioni significative;
- un ambiente che promuova e faciliti esperienze di individuazione/separazione a prescindere dagli eventi luttuosi che possono colpire la persona disabile. E' utile preparare per tempo le persone disabili e i loro familiari ad acquisire consapevolezza delle opportunità/necessità di soluzioni extrafamiliari.

Pertanto risultano adeguate strategie modulari anche all'interno delle strutture residenziali.

Ipotesi di lavoro

La residenzialità è caratterizzata inoltre dalla presenza sul territorio di una struttura di grandi dimensioni, Istituto Residenziale "Don Orione". A tal fine, sembra opportuna una modifica del suo assetto attuale con obiettivi di riabilitazione e assistenza secondo gli standard previsti dalla legge 22/2002 per la "Comunità Residenziale". In particolare si ipotizza l'articolazione degli ospiti per moduli da 20 unità, organizzate secondo criteri differenziati per tipologia e gravità.

Le modalità di accesso

L'accesso ai servizi residenziali avviene a seguito della valutazione effettuata dalla UVMD del Distretto di residenza della persona con disabilità, che definisce anche la quota di rilievo sanitario assegnata alla impegnativa di residenzialità.
E' in fase di definizione un "Registro unico di accesso" ai servizi residenziali per disabili, che consenta di stabilire i criteri di priorità per gli inserimenti. Si prevede che entro 6 mesi dalla approvazione del presente piano, questo strumento diverrà operativo. E' in fase di avvio un progetto di aggiornamento informatico per le UVMD e via web con i convenzionati.

La legge 22/2002 definisce il target di utenza per la residenzialità:

comunità alloggio: * capienza: max 10 ospiti;
* target: adulti con disabilità (non autosufficienti).

comunità residenziale: *capienza: max 20 ospiti organizzati in gruppi distinti e per patologie compatibili;

*target: soggetti adolescenti e adulti con disabilità grave, non autosufficienti e un bisogno assistenziale di rilievo sanitario e riabilitativo.

RSA: *capienza: minimo 20 ospiti/max di 40 ospiti(organizzati in nuclei di 20) con possibilità di ulteriore articolazione dei nuclei in sezioni specifiche;
*target: disabili adulti con gravi limitazioni di autonomia col prevalente bisogno sanitario.

Per quanto attiene le modalità di erogazione di servizi e prestazioni, si rimanda alle convenzioni in essere, stipulate fra gli Enti pubblici coinvolti ed il terzo settore avente titolo (Associazioni, Cooperative sociali, ecc.).

Gli enti locali, in collaborazione con l'Aulss, aggiorneranno gli specifici regolamenti adottati per l'assunzione della spesa relativa in relazione ai livelli essenziali di assistenza di cui alla DGR n. 3972 del 30.12.2002. I criteri vengono definiti dal D.L. 130/2001 ISEE.

L'impegnativa di residenzialità

L'impegnativa di residenzialità è il titolo rilasciato dall'Aulss al cittadino residente per l'accesso alle prestazioni rese nei servizi residenziali accreditate della Regione Veneto.

L'entità del contributo di rilievo sanitario relativo alle impegnative di residenzialità per l'accesso ai servizi è definito annualmente con apposito provvedimento della Giunta Regionale.

Al 31/12/2006 la quota sanitaria in Comunità Alloggio è pari a € 31,85; in RSA è pari a € 50.99,00 (ai sensi della DGR 474/06).

Le Aulss emettono le impegnative di residenzialità nel limite massimo annuo assegnato dalla programmazione regionale.

Il gruppo di lavoro si attiva, per quanto possibile e sostenibile, per la scelta a favore del servizio residenziale prescelto dall'utente dalla data effettiva di accoglienza.

I livelli di assistenza

I servizi residenziali per le persone disabili erogano prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per rispondere ai livelli di assistenza definiti nel progetto individuale.
In linea con quanto previsto attualmente dalle DGR 2473/04 e 2501/04 le unità di offerta qualificate come nuclei di RSA ("Anni Azzurri" 13 posti 7/8 occupati), e l'eventuale Comunità Residenziale per disabili in situazione di gravità, erogano prestazioni di assistenza socio-sanitaria che vengono definiti di media intensità, sulla base di standard organizzativi e strutturali richiesti per il rilascio di autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento.

Considerato il carattere innovativo della tipologia di unità di offerta, definita "Comunità Residenziale" e della specificità dell'utenza a cui è rivolta, si rende necessario valutarne l'effettiva rispondenza ai bisogni territoriali e la sua attuabilità, con modalità concordate con le Aulss limitrofe.

Le unità di offerta qualificate come "Comunità alloggio" erogano prestazioni di assistenzasociosanitaria che vengono definite di intensità minima, sulla base di standard organizzativi e strutturali richiesti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento.

Il fabbisogno annuo Aulss 12 di residenzialità territoriale, con il parametro pari allo 0,7 per mille applicato alla popolazione residente (su circa 300 mila abitanti, al 31 dicembre 2005), è pari a 215 posti.

LE CRITICITA'

Una delle criticità relative al sistema della residenzialità è costituita dalla carenza di posti letto coperti da quote di rilievo sanitario.

L'utilizzo di posti letto non autorizzati dalla Regione porterebbe infatti ad un aggravio sul bilancio sanitario Ulss.

Anche se si considerano le uscite dalle strutture della rete di ospiti fuori Ulss, i decessi e le dimissioni, l'andamento medio del fabbisogno induce a temere una saturazione dei posti letto potenziali attualmente a disposizione coperti da quota di rilievo sanitario.

Un ulteriore nodo critico è rappresentato dalla sostenibilità del sistema residenziale. Il trend di inserimento degli ultimi anni, nonostante le azioni di contenimento e lo sviluppo della domiciliarità ha prodotto un'aspettativa di aumento di utenti fonte di preoccupazione dal punto di vista economico.

Un'altra criticità è costituita dall'eterogeneità dei bisogni delle persone disabili ospiti nei diversi nuclei abitativi e dalla difficoltà di dare risposte personalizzate alle esigenze. A tal proposito l'apporto degli Enti Gestori risulterà di fondamentale importanza per individuare i nodi di maggiore problematicità ed affrontare le difficoltà legate ai bisogni sanitari emergenti di tipo comportamentale o assistenziale. Dal punto di vista degli operatori: accedere a formazione qualificata e qualificante.

Rimane ancora aperta la questione degli ospiti disabili over 50.
Fattore di criticità è l'inadeguatezza dei reparti ospedaliere ad accogliere pazienti disabili.

La mancata corrispondenza delle tipologie di strutture attuali presenti nella rete con le definizioni della L. 22/02, unitamente all'incompatibilità con alcuni requisiti previsti dalla suddetta legge, stanno ponendo le strutture davanti all'esigenza di ridefinirsi da un punto di vista organizzativo e strutturale in attesa comunque delle delibere applicative.

Altro aspetto cruciale è rappresentato dalla proposta da parte della Regione di applicare entro il 2007, il sistema delle impegnative di residenzialità, dove il titolare della quota di rilievo sanitario è la persona disabile e non più la struttura. L'entità di rilievo sanitario sarà articolata su tre livelli e sarà assegnata con criteri e modalità specifici.

Per quel che riguarda l'utenza attualmente inserita presso l'Istituto C.Griss di Mogliano Veneto, trattandosi di utenza storicamente ospitata presso l'Istituto e per la quale risulterebbe problematico un trasferimento in altre strutture del territorio, si propone di non considerare le autorizzazioni relative agli ospiti dell'Istituto nel numero delle impegnative attribuite all'Aulss 12.

L'attuale strutturazione dell'Istituto Don Orione non è riconducibile alla tipologia dei servizi previsti dalla legge 22/2002.

RISULTATI ATTESI E INTERVENTI PREVISTI

- Il Piano Locale della Disabilità intende mantenere e garantire il rispetto dei servizi e delle prestazioni;
- prevede il potenziamento e la modifica dei servizi residenziali ("Don Orione", "Ex Docce", "Ex S.A. Magno");
- prevede la modularità operativa (senza aggravio di spesa) e la specializzazione degli interventi;
- implementa il sistema informativo "SIGESSTER" per il raggiungimento degli obiettivi indicati nelle linee guida;
- modificazione graduale della cultura della disabilità;
- priorità della logica della richiesta anziché dell'offerta;
- riduzione delle criticità.

Risorse umane					
Ente	**Popolazione al 31/12/05**	Valutazioni multiprofessionali e presa in carico	Verifica progetti	Segreteria amministrativa	**totale**
Comune Venezia	**269.780**	€ 80.850	€ 34.650	€ 25.000	€ 140.500
Comune Marcon	**13.218**	€ 8.822	€ 8.822	€ 2.940	€ 20.584
Comune Cavallino Treporti	**12.554**	€ 11.000	€ 11.000	€ 5.000	€ 27.000
Comune Quarto d'Altino	**7.613**	€ 5.000	€ 5.000	€ 9.000	€ 19.000
Aulss 12 veneziana	**303.165**	€ 132.866	€ 145.165	€ 40.930	€ 318.961
Totale	**303.165**	€ 243.146	€ 209.245	€ 87.478	€ 526.045

Le spese indicate sono riferite esclusivamente agli interventi del presente piano

Risorse economiche						
Ente	Personale (Numero)	Residenzialità	Semi-residenzialità	Domiciliarità *	Trasporti	Totale
Comune Venezia	8	€ 6.426.649	€ 996.444		€ 650.000	€ 8.073.093
Comune Marcon	1	€ 46.000	€ 73.000		€ 80.000	€ 199.000
Comune Cavallino Treporti	1	€ 21.535	€ 12.830		€ 32.000	€ 66.365
Comune Quarto d'Altino	2	€ 95.000	€ 22.500		** € 45.000	€ 162.500
Aulss 12 veneziana	10	€ 2.836.161	€ 2.146.807		/	€ 4.982.968
Totale	22	€ 9.425.345	€ 3.251.581		€ 762.000	€ 13.438.926

***** Si rimanda al Piano della Domiciliarità di cui alla DGR 39/06

****** quota stimata per area disabilità in quanto Servizio che comprende anche atre aree a gestione diretta del Comune di Quarto d'Altino

ALLEGATI

Allegato n°1
Regolamento Gruppo di Lavoro disabili
Comune di Venezia – A.ULSS 12 Veneziana

Art. 1 – Definizione

Visto il regolamento che disciplina le attività delle Unità Valutative Multidisciplinari Distrettuali che individua le stesse come unico punto di accesso alla rete dei Servizi che assicura l'integrazione dei Servizi Socio – Sanitari e Socio – Assistenziali a livello territoriale, e in riferimento agli atti di programmazione vigenti, gli operatori dei Comuni dell'ulss e le Unità Operative Disabili dell A.ULSS 12 si costituiscono come Gruppi di Lavoro (GdL) operanti a livello distrettuale al fine di assicurare sempre migliori risposte alle persone disabili che richiedono degli interventi integrati.

Art. 2 – Destinatari

I destinatari dell'attività di valutazione e di presa in carico da parte dei Gruppi di Lavoro, oggetto del presente regolamento, si intendono tutti i cittadini in età compresa tra i 18 e i 65 anni in situazione di disabilità fisica, psichica o sensoriale, che necessitano dell'intervento integrato dei servizi socio – sanitari territoriali.

Art. 3 – Obiettivi

L'attività dei GdiL consiste nella predisposizione del progetto individuale (P.I.) nell'ambito delle risorse assegnate a favore delle persone disabili, nel rispetto delle stesse e in coerenza con gli obiettivi generali stabiliti dal Piano di Zona dei servizi socio sanitari che sono rappresentati da:

- promuovere il benessere e la qualità della vita per le persone con disabilità;
- **promuovere e favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno sociosanitario presso il proprio domicilio;**
- **perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;**
- **promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali e semiresidenziali;**
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- ottimizzare la spesa sociosanitaria.

Art. 4 – Ambiti territoriali

L'ambito territoriale nel quale si esplica l'attività svolta dai GdL coincide con il territorio dell'ulss ed è suddiviso in due macroaree:

- Centro Storico di Venezia, Isole, comune di Cavallino Treporti – Distretti 1 e 2;
- Terraferma Veneziana, Comuni di Marcon e di Quarto d'Altino – Distretti 3 e 4.

Art. 5 – Composizione

I componenti dei GdL sono:

- Gli operatori delle Unità Operative Disabili 1 e 2 dell'A.ULSS 12 competenti per Distretto;
- L'assistente sociale del Comune di residenza della persona interessata;
- Il Referente del servizio disabili del Comune interessato.

Tale nucleo di base potrà essere integrato dalle figure specialistiche di riferimento per la problematica presentata dalla persona, che richiedano approfondimenti, che integrino con separate relazioni la scheda SVAMA. Tali figure professionali potranno essere: psicologo della UOD, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatra, infermiere, operatori della struttura o servizio individuato per l'attuazione del progetto.

Art. 6 – Le procedure.

L'accesso alla rete dei servizi avviene attraverso l'UVMD con le modalità previste dal regolamento vigente.
Le richieste presentate dalla persona interessata, dal tutore, dall'Amministratore di Sostegno, da un familiare vengono raccolte dalla Segreteria della UVMD competente per Distretto e da questa trasmesse, alla UOD dell'AULSS e all'Assistente Sociale del Comune di residenza della persona interessata.
Il GdL, secondo le proprie competenze, completa la scheda SVAMA. Qualora ne ravveda l'opportunità effettua congiuntamente una visita domiciliare o un colloquio con l'utente e/o i familiari.
Il GdL si riunisce a cadenza mensile salvo casi specifici o situazioni di emergenza.
Il GdL, una volta elaborato il PI, lo presenta alla UVMD competente.
La segreteria della UVMD trasmette il verbale alla struttura individuata e ai componenti del GdL.

Art.7 – Competenze del Gruppo di Lavoro

Il Gruppo di Lavoro:

- valuta la situazione riguardante la persona richiedente l'accesso alla rete dei servizi in modo multidimensionale e multiprofessionale;
- elabora il progetto individuale sulla persona e nomina il responsabile del caso (case manager), che deve proporre ed effettuare verifiche riferendo al GdL;
- qualora il progetto d'intervento preveda l'utilizzo di una struttura, viene elaborato il Progetto Educativo Individualizzato (PEI), il cui monitoraggio è affidato agli educatori (case manager) che fanno parte della UOD (Unità Operativa Disabili);
- individua in collaborazione con gli operatori della struttura, gli obiettivi generali da raggiungere con il Progetto Educativo Individualizzato. Al case manager è affidata l'esecuzione ed il monitoraggio del progetto. Contatta la struttura individuata per la presentazione del caso e ha l'obbligo di proporre ed effettuare verifiche riferendo al GdL;
- individua i costi per la realizzazione del progetto in ottemperanza ai LEA;
- presenta il progetto di intervento alla UVMD competente per territorio;
- conserva la documentazione relativa ai casi valutati e la fornisce a quanti hanno titolo.

I Gruppi di Lavoro redigono, di concerto con il coordinamento delle attività distrettuali area disabili dell'ULSS:

- un unico elenco dei posti disponibili all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate presenti sul territorio;
- sulla base delle richieste pervenute, un'unica graduatoria che tiene conto della data della domanda di accesso, della situazione familiare, delle caratteristiche del caso e della compatibilità tra utente e struttura;
- un unico elenco delle persone con disabilità inserite in strutture fuori dal territorio della ULSS.

Art. 8 – Articolazione delle competenze.

All'interno del GdL le responsabilità vengono così suddivise:

gli operatori della UOD dell'ULSS 12 provvedono:

- alla compilazione della scheda SVAMA cognitivo – funzionale alla quale vengono allegate le schede di approfondimento elaborate dal GdL;
- al monitoraggio e alla verifica del Progetto Educativo Individualizzato, che verrà realizzato nella struttura presso la quale è inserita la persona disabile;
- alla acquisizione di ulteriori valutazioni ed interventi da parte di specialisti dell'ULSS qualora necessario.

Gli operatori dei servizi disabili dei comuni:

- provvedono alla valutazione del bisogno e alla conoscenza della situazione familiare;
- provvedono alla compilazione della scheda SVAMA sociale;
- garantiscono il collegamento con i servizi dell'ente locale per eventuali interventi di tipo socio – assistenziale;

congiuntamente gli operatori dell'A.ULSS e dei Comuni partecipano:

- al monitoraggio delle convenzioni in essere per la gestione dei servizi residenziali e semiresidenziali rispetto:

    1. il progetto generale di struttura;
    2. verifica indicatori di qualità rispetto alle caratteristiche strutturali e agli aspetti relazionali;
    3. offerta all'utenza;
    4. requisiti di professionalità degli operatori;
    5. monitoraggio presenze e disponibilità posti.

Allegato n° 1A – Gruppo di Lavoro Misto Interistituzionale: parte integrativa del Regolamento (in allegato n° 1).

Il gruppo di lavoro si concretizza in una équipe unica, interistituzionale articolata per territorio (una per i distretti 1 e 2 e una per i distretti 3 e 4) composta da operatori della area della disabilità appartenenti alla Aulss e ai Comuni del territorio:

- As.Soc. Comune;
- Educatore Professionale AULSS;
- Psicologo AULSS;
- M.M.G. (qualora necessario).

Queste figure professionali entro massimo 30 giorni dal ricevimento della domanda eseguono le valutazioni in tre aree di indagine, come previsto dalla SVAMDI:

- valutazione sociale (a cura di As. Soc. Comune);
- valutazione delle attività e partecipazione (a cura di Ed. Aulss);
- valutazione delle funzioni (a cura di Psicologo Aulss).

Il regolamento in vigore che disciplina ruoli, competenze e responsabilità degli operatori andrà rivisto nell'ottica promossa dalla SVAMDI, che detta quanto segue:

* AS. SOC. COMUNE osserva e valuta:
  - la situazione familiare;
  - la situazione abitativa;
  - la situazione economica;
  - fattori ambientali;
  - tipi di relazione;
  - l'uso dei servizi;

* EDUCATORE PROFESSIONALE Aulss: osserva e valuta la dimensione della partecipazione (per "partecipazione" si intende interazione tra le menomazioni, le disabilità e i fattori contestuali, cioè le caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale e i fattori personali. La "partecipazione" si riferisce a tutte le aree o aspetti della vita umana) e delle attività ("il termine attività viene usato nel senso più ampio per indicare qualunque cosa una persona facci a qualsiasi livello di complessità, dalle attività semplici fino alle abilità ed ai comportamenti complessivi": v. Norm. Reg. SVAMDI genn. 2002).

* PSICOLOGO Aulss procede alla valutazione cognitiva (v. Norm. Reg. SVAMDI genn 2002 v. elenco "funzioni" scheda A).

Le rispettive valutazioni e osservazioni vengono riportate in seno al gruppo di lavoro misto interistituzionale in cui si procede a:

- lettura del bisogno percepito dall'utente e/o dalla sua famiglia (domanda espressa);
- lettura del bisogno percepito dall'utente e/o dalla sua famiglia riscontrato dagli operatori;
- condivisione dei vari aspetti;
- formulazione scritta (v. all. n°6) dell'ipotesi di progetto individuale e generale contenente anche suggerimenti per la struttura accogliente;
- individuazione dei soggetti (miniequipe), e dell'eventuale operatore di riferimento unitario e fiduciario per l'utente; delle risorse e dei tempi necessari all'attuazione del progetto;

- individuazione del case manager, che coordina ed attiva il lavoro di rete, le offerte disponibili al fine di un superamento dei confini tra servizi; interviene sulla base di una chiara concezione della persona e dei suoi diritti assicurando risorse/risposte multidisciplinari ai bisogni delle persone stesse.

Dall'esito della valutazione, la MINIEQUIPE si struttura attorno al caso specifico, attua la presa in carico globale, che consente di:

- garantire la costante e globale valutazione della abilità della persona e dei suoi bisogni;
- assicurare gli interventi assistenziali, di cura e di riabilitazione;
- individuare e predisporre le azioni atte a garantirne la qualità della vita affettivo-relazionale;
- promuovere la massima partecipazione sociale;
- assicurare continuità e coerenza e ridurre il rischio di frammentazione degli interventi generalmente multipli.

In itinere, la miniequipe stabilisce i tempi per coordinarsi e scambiarsi osservazioni/valutazioni sull'andamento del programma.

Metodologia di lavoro:

- all'avvio del Progetto Individuale, definizione dei tempi di:
  - osservazione;
  - verifica dell'inserimento;
- successivamente all'avvio del piano:
  - * "discussione caso" all'interno della stessa equipe e può modificare qualche prestazione prevista dal P.I. senza variazione di budget; dovrà comunque darne comunicazione al Gruppo di lavoro misto interistituzionale., a cui va riportata anche la richiesta di revisione del P.I.
  - * la ratifica in UVMD è necessaria solo nei casi in cui le modifiche al P.I. comportino attivazione o sospensione di risorse.

Valutazione

E' l'insieme degli atti osservativi/valutativi che consentono di stilare un bilancio di competenze e/o una diagnosi funzionale integrata dagli aspetti socio-familiari.

L' accertamento di handicap e di handicap grave, di competenza della commissione di cui alla Legge 295/90 (Invalidi civili), dà diritto alle prestazioni stabilite in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative (art. 3 commi 1 e 2 L. 104 del 5/02/92).

La valutazione ai fini della realizzazione di un Progetto Individuale, nell'ottica ICF, considera i livelli di deficit e delle abilità presenti attraverso la diagnosi funzionale ed il profilo dinamico funzionale che comprende:

Parte 1. Funzionamento e Disabilità:
- Funzioni e Strutture Corporee;
- Attività e Partecipazione.

Parte 2. Fattori Contestuali:
- Fattori Ambientali;
- Fattori Personali.

Piano Individualizzato

Il Progetto Individualizzato, articolato in azioni e relazioni, accompagna la persona in tutte le fasi della sua vita, elaborando una serie di risposte ai suoi diversi bisogni tenendo conto anche dei suoi desideri, dell'ambiente di vita, del contesto familiare e sociale.

Per ogni soggetto viene elaborato in sede di gruppo di lavoro misto interistituzionale e approvato dalla UVMD -anche nella sua composizione semplificata- un progetto individualizzato che partendo dall'analisi dei bisogni e dalle capacità della persona diversamente abile -valutate con le schede SVAMDI seguendo i criteri ICF- definisce gli obiettivi e le modalità per raggiungerli.

I punteggi verranno indicati dalla Regione.

Il progetto individualizzato intreccia un insieme di risorse a partire da quelle del soggetto, del suo ambiente di vita familiare e sociale, della rete dei servizi. Si articola in:

- **interventi diretti** (trattamenti riabilitativi, terapeutici, educativi, formativi esercitati direttamente con/su la persona);
- **interventi indiretti** (riunioni, incontri, lavoro di rete, con la famiglia, discussione/ supervisione del caso etc.) per creare le condizioni che permettono la realizzazione degli interventi diretti.

In sintesi: il P.I. prevede tempi, spazi, risorse, strumenti di osservazione/valutazione, stili di relazione e anche modi di coinvolgimento delle famiglie, finalità educative, riabilitative, socio-sanitarie e obiettivi generali.

MODALITA'

Dalla prima richiesta, in seguito alla conoscenza del caso e alla formulazione del P.I. (elaborato in sede di gruppo di lavoro misto interistituzionale), si attiva la presentazione del progetto per la valutazione da parte dell'UVMD la quale:

- autorizza il P.I.;
- designa formalmente il case manager ;
- prende atto dell'eventuale operatore di riferimento.

Nei casi di particolare urgenza può essere avviato, in accordo con il responsabile dell'UVMD e con l'As.Soc. del Comune, un progetto individuale provvisorio con successiva ratifica nella prima UVMD utile.

OPERATORI COINVOLTI NEL P.I.

Il P.I. impegna:

- Ass. Soc. Comune: linee generali degli aspetti socio-familiari;
- Psicologo Aulss: linee generali sugli aspetti cognitivo/funzionali;
- Educatore Aulss: aspetti partecipativi dell'Utente e dei suoi familiari;
- M.M.G. e/o specialista: trattamenti e interventi sanitari.

Iter del progetto individualizzato

- Discussione dell'ipotesi di P.I. all'interno del gruppo di lavoro misto interistituzionale;
- condivisione con l'utente e/o la sua famiglia dell'ipotesi di P.I.;
- stesura del P.I. rispettando la traccia (v. all. n.8);
- individuazione del case manager;
- individuazione dell'operatore di riferimento
- presentazione del P.I. alla UVMD per la sua autorizzazione;
- Comunicazione dell'esito della valutazione alla utente, alla sua famiglia e alla eventuale struttura ricevente;
- La miniequipe mette in atto il P.I.;
- monitoraggio dell'andamento del P.I.;
- verifiche intermedie dell'efficienza efficacia del P.I.;
- eventuali modifiche in itinere del P.I.;
- verifica conclusiva.

Il succitato Regolamento Comune/Aulss12, integrato dal "Gruppo di lavoro misto interistituzionale", avrà un'applicazione sperimentale di 12 mesi, con una verifica intermedia semestrale.

Indicatore di verifica: presentazione del P.I. in UVMD a massimo 30 giorni da ricevimento della domanda, in percentuale non inferiore al 90%.

Allegato n°2 Strutture Diurne

Strutture				31.12.05		31.12.06	
TIPOLOG.	**DENOMINAZIONE**	**ENTE GESTORE**	**INDIRIZZO STRUTTURA**	**Posti in CONVENZ.**	**Posti occupati**	**Posti in CONVENZ.**	**Posti occupati**
C. Diurno	C. Diurno REALTA'	COOPERATIVA REALTA'	VIA BENVENUTO, 11/2 MARGHERA	32	31	32	32
C. Diurno	C. Diurno VELOX	VELOX S.C.S. A R.L. ONLUS	VIA FRISOTTI 22 MESTRE VE	21	20	21	21
C. Diurno	C. Diurno DON ORIONE	PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN MARZIANO - DON ORIONE	VIA GHETTO, 1 CHIRIGNAGO VE	31	31	31	30
C. Diurno	C. Diurno AMICI INSIEME	ASSOCIAZIONE AMICI INSIEME	VIA COSTA 38/A MESTRE CAP 30172	13	13	13	12
C. Diurno	C. Diurno CA' CRETE	A.N.F.F.A.S.- MESTRE ONLUS	VIA CRETE, 32 QUARTO D'ALTINO VE.	10	10	10	10
C. Diurno	C. Diurno ZORZETTO	A.N.F.F.A.S. - MESTRE ONLUS	VIA COLETTI, 2 MARGHERA VE	35	28	35 Prossimo trasferimento c/o Aloe	
C.Diurno	C. Diurno AZZURRO	COOPERATIVA LA ROSA BLU	VIA DUINO 18 MESTRE VE	13	13	25	25
C. Diurno	C. Diurno MADONNA NICOPEJA	Fondazione Di Religione OPERA SANTA MARIA DELLA CARITA'	VIA DROMA, 72 LIDO DI VENEZIA C.A.P.	8	8	13	13
C. Diurno	C. Diurno S. ALVISE	AULSS 12	FOND.TA DEI RIFORMATI - CANNAREGIO, 3144 VE		26	25	25
C. Diurno	C. Diurno ULSS - Aloe	AULSS 12	P.LE S.L. GIUSTINIANI, 11/E ZELARINO VE C.A.P.	34	28	v. Zorzetto	In trasferimento
C. Diurno	C. Diurno LA RIVINCITA (PER EPILETTICI)	COOP SOCIALE LA RIVINCITA	VIA MILANO 65 MESTRE VE	10	9	10	8
C. Diurno	C. Diurno "MARE MOSSO"	A.N.F.F.A.S. DI VENEZIA ONLUS	LIDO	10	7	UTENZA INSERITA PRESSO C.D. M.NICOPEJA	
Laboratorio annesso C.A.	Laboratorio VIA CASONA EX S.A.M.	A.N.F.F.A.S. DI MESTRE ONLUS	VIA CASONA MESTRE	/	/	/	Prossima apertura 8 posti

Allegato n°3 Comunità Alloggio

TIPOLOG.	DENOMINAZIONE	ENTE GESTORE	INDIRIZZO STRUTTURA	Posti in CONVENZIONE 31/12/05	Posti occupati	Posti in CONVENZIONE 31/12/06	Posti Occ
COMUNITA' ALLOGGIO	CA VIA CASONA	A.N.F.F.A.S. DI MESTRE ONLUS	VIA CASONA MESTRE	/	/	10	Prossima apertura
COMUNITA' ALLOGGIO	S. ALVISE	A.N.F.F.A.S. DI VENEZIA ONLUS	FOND.TA DEI RIFORMATI - CANNAREGIO, 3144 VE C.A.P.	10	10	10	9
COMUNITA' ALLOGGIO	COMUNITA' MADONNA NICOPEJA I	Fondazione Di Religione OPERA SANTA MARIA DELLA CARITA'	VIA DROMA, 72 LIDO DI VENEZIA C.A.P.	10	10	10	9
COMUNITA' ALLOGGIO	COMUNITA' MADONNA NICOPEJA II	Fondazione Di Religione OPERA SANTA MARIA DELLA CARITA'	VIA DROMA, 72 LIDO DI VENEZIA C.A.P.	6	6	6	6
COMUNITA' ALLOGGIO	CA' DELLE CRETE	A.N.F.F.A.S.- MESTRE ONLUS	VIA CRETE, 32 QUARTO D'ALTINO VE C.A.P.	14	14	14	14
COMUNITA' ALLOGGIO	VIA CIPRESSINA	A.N.F.F.A.S.- MESTRE ONLUS	VIA CASTELLANA, 23/1 MESTRE VE C.A.P.	8	8	8 Prossimo trasferimento in CA via Casona	
COMUNITA' ALLOGGIO	S. ELENA	A.N.F.F.A.S. DI VENEZIA ONLUS	V.LE 4 NOVEMBRE, 20/A VENEZIA C.A.P.	8	8	9	9
COMUNITA' ALLOGGIO	COMUNITA' VELOX	VELOX S.C.S. A R.L. ONLUS	VIA INDRI, 28/H FAVARO V.TO C.A.P.	10	7	10	6
COMUNITA' ALLOGGIO	COMUNITA' VILLABONA	COOP. SOC. REALTA' A R.L. ONLUS	VIA BENVENUTO, 11/2 MARGHERA VE C.A.P. 30175	10	4	10	9
COMUNITA' ALLOGGIO	LA ROSA BLU	COOPERATIVA LA ROSA BLU	VIA RISORGIMENTO, 33, CHIRIGNAGO	/	/	10	6
COMUNITA' ALLOGGIO	EX DOCCE	ANFFAS VENEZIA GIUDECCA	GIUDECCA - VENEZIA	/	/	/	Prossima apertura

Allegato n°4 STRUTTURE UTILIZZATE DALLE UVMD FUORI TERRITORIO AULSS 12

TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	ENTE GESTORE	N. UTENTI
CEOD	PROMETEO	COOP. SOC. PROMETEO	1
CEOD	LA COMETA	ASSOCIAZIONE VOLONTARIATO LA COMETA	1
CA	CA Anffas	AFFAS CHIOGGIA	2
CA	VILLETTA	ACLI COOP SALZANO	2
CA	CASA UMBERTA	ASS. LA CASA ROSSA-FOSSALTA DI PIAVE	1
CA	IRIDE	COOP SOC. IRIDE-PADOVA	1
CA	VILLA MARIA	COOP SOC VILLA MARIA LENZIMA TN	3
CA	ELSA	COOP SOC ELSA	1
CA	CANDIDA STEFANI	FOND. CANDIDA STEFANI E FRATELLI	1
CA	CA NOSTOS	CEARPES Coop Soc a r.l. CHIETI	1
CA	UN SEGNO DI PACE	COOP UN SEGNO DI PACE	1

Allegato n°5

RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE

				31/12/2005		31/12/2006	
TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	ENTE GESTORE	INDIRIZZO STRUTTURA	Posti in CONVENZIONE	Posti occupati	Posti in CONVENZIONE	Posti Occ.
RSA	ANNI AZZURRI	RESIDENZE ANNI AZZURRI SRL	VIA MOROSINI, 11 FAVARO V.TO	/	/	13	8

ISTITUTO RESIDENZIALE

TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	ENTE GESTORE	INDIRIZZO STRUTTURA	Posti disponibili	Posti Occupati
ISTITUTO RESIDENZIALE >20 POSTI	ISTITUTO DON ORIONE	PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN MARZIANO - DON ORIONE	VIA GHETTO, 1 CHIRIGNAGO VE CAP 30030	52	52

Allegato n°6 Schema del Piano Individualizzato

Profilo Dinamico Funzionale e Piano Individualizzato

DATI UTENTE

Cognome e Nome:_____
Età:_____
Diagnosi:_____
Residente:_____
Telefono:_____

DATI OPERATORE

Cognome e Nome:_____
Professione:_____
Data:_____

Profilo Dinamico Funzionale

Breve anamnesi familiare: _____
_____
Breve anamnesi personale: _____
_____
Area cognitiva: _____
_____
Area autonomia: _____
_____
Area affettivo – relazionale: _____
_____
Area attività manuali: _____
_____
Area psicomotoria: _____
_____
Note:_____

Piano individualizzato

Premessa:_____
Obiettivi generali:_____
Obiettivi specifici:_____
Obiettivi Intermedi:_____
Modalità d'attuazione:

- ☐ **attività**
- ☐ **spazi**
- ☐ **metodologie**
- ☐ **operativi**

Item di monitoraggio:_____
Tempi d'attuazione:_____
Risorse:_____
Verifiche intermedie: _____
Verifiche finale:_____

Allegato n° 7
RICOGNIZIONE ASSOCIAZIONI DI PERSONE CON DISABILITÀ, DI FAMIGLIARI DI PERSONE CON DISABILITÀ E ORGANIZZAZIONI SOCIALI.

NOME ASSOCIAZIONE	**MODALITA' DI COLLABORAZIONE**
Associazione Attività di Sostegno Invalidi e Anziani **ASIA**	Consultazione
Associazione Forza di Vivere	Consultazione
Associazione Genitori per la rieducazione Equestre **AGRE**	Consultazione
Associazione Italiana Assistenza agli Spastici **AIAS**	Consultazione
Associazione Italiana Dislessia Onlus ***AID***	Consultazione
Associazione Italiana Parkinsoniani – Venezia Mestre **AIP**	Consultazione
Associazione Italiana Persone Down **AIPD**	Consultazione
Associazione Italiana Sclerosi Multipla **AISM**	Consultazione
Associazione Nazionale Mutilati Invalidi Civili **ANMIC**	Consultazione
Associazione Non udente onlus	Consultazione
Associazione Provinciale Veneta Handicappati **A.P.V.HA.**	Consultazione
Associazione Regionale Bambini Asmatici **ARGAB**	Consultazione
Associazione SOS – Handicap Bambini Invisibili Onlus	Consultazione
Associazione **Uniamo**	Consultazione
Associazione Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare **UILDM** VENEZIA	Consultazione
Associazione Venezia Mestre per la lotta contro l'Epilessia	Consultazione
Associazione Vita Indipendente Roberto Bressanello **AVIRB**	Consultazione
Ente Nazionale Sordomuti **ENS**	Consultazione
Gruppi Auto-Aiuto per famiglie di persone disabili	Consultazione
Spazio Mestre Solidale	Consultazione
Unione Italiana Ciechi	Consultazione
Vetrina del volontariato e della solidarietà di Venezia	Consultazione

Allegato n° 8 Legge 162/98

INTERVENTI PER LA VITA INDIPENDENTE - LEGGE 162

DESTINATARI DEL CONTRIBUTO

L'intervento economico è destinato a:

- alle persone residenti nel territorio A. ULSS 12 con grave disabilità fisico motoria, capaci di autodeterminazione (sono esclusi i soggetti con disabilità sensoriali e psicofisiche);
- di età compresa tra i 18 e i 64 anni.;
- in possesso di certificato di invalidità – (100% con Indennità di Accompagnamento);
- in possesso del certificato di Handicap Grave come previsto dall'art. 3 comma 3 della Legge 104/92.

Le persone interessate provvedono alla compilazione di un progetto personale atto a garantire il diritto a una vita indipendente con particolare riferimento all'integrazione sociale, alla accessibilità, alla mobilità e agli interventi domiciliari assistenziali, il quale sarà oggetto di valutazione multidisciplinare.
L' "assistente personale" di cui si avvale la persona non potrà essere parente o affine o coniuge.

1) MODALITA' OPERATIVE E DI ACCESSO:
La domanda per le nuove richieste compilata su apposito modello di cui alle linee guida DGR 3279 del 22/10/2004, deve essere presentata agli sportelli integrati dei distretti (vedi elenco allegato) che provvederanno ad inviarla al referente Area Disabili Adulti dr. Martorana presso la sede centrale dell'Aulss 12, il quale effettuerà una prima scrematura delle domande e provvederà all'inoltro delle stesse, agli operatori che dovranno effettuare le valutazioni.
Per i progetti già in corso, la domanda va compilata su carta semplice (allegando la documentazione relativa al reddito – **vedi punto 3**) specificando il proseguimento del progetto nei termini dell'anno precedente e inviata allo sportello integrato che provvederà alla trasmissione al referente Aulss.
Se tali domande prevedono un cambiamento di progetto, il richiedente dovrà seguire la stessa procedura prevista per le nuove domande;
Il progetto individuale viene approvato dalla UVMD del distretto di residenza, verificando gli obiettivi, le prestazioni, la durata e l'entità del contributo assegnato e le modalità delle verifiche.
Il monitoraggio e la verifica del programma personalizzato sarà effettuato a cura degli operatori dell'ULSS.
L'importo massimo di ciascun contributo non può superare i 1000 euro mensili.

2) MODALITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE AGLI INTERESSATI:
La data di scadenza per la presentazione della domanda anno 2007 è fissata per il 30 Novembre.

In tempo utile gli Enti coinvolti concordano e comunicano a mezzo stampa, agli enti pubblici e alle associazioni, i termini e le sedi (vedi elenco) per la presentazione della domanda.

3) CRITERI per la definizione delle priorità:
Per le domande approvate dalla UVMD sarà stesa una graduatoria in base ai seguenti criteri:
-condizione familiare;
-condizione abitativa;
-reddito (individuale e relativo all'ultima dichiarazione dei redditi, può essere autocertificato, o in alternativa può essere presentata fotocopia del modello 730 o del modello unico). La non dichiarazione comporterà l'assegnazione di punteggio 0 (zero). Non è necessario presentare la certificazione ISEE.
A parità di punteggio avrà priorità l'età anagrafica del richiedente (dal più giovane al più anziano).

4) MODALITA' DI GESTIONE E ORGANIZZAZIONE:
Successivamente alla approvazione da parte delle singole UVMD, il referente tecnico-organizzativo dell'Area Disabili Adulti per la sede centrale, con l'ausilio dei referenti delle 2 UOD formulerà una graduatoria unica degli ammessi e dei non ammessi, che dovrà essere inviata in Regione.
Entro 30 giorni dalla formazione della graduatoria unica si darà comunicazione agli interessati; in caso di non ammissione verrà allegata la relativa motivazione.
Se il progetto non viene attivato o viene chiuso anticipatamente o non correttamente rendicontato, il beneficiario del finanziamento è tenuto alla restituzione di quanto ricevuto, come precisato nell'accordo di programma del 2003.

5) MODALITA' DI EROGAZIONE:
- Un primo acconto erogato da parte dell'Aulss sulla base della comunicazione della effettiva disponibilità del finanziamento regionale.
- L'acconto sarà erogato su dichiarazione di avvio (per i nuovi progetti) e comunicazione della prosecuzione per i progetti precedentemente avviati.
- Le successive erogazioni saranno effettuate su presentazione della documentazione di spesa con cadenza quadrimestrale; la documentazione di spesa va inviata alla segreteria del Coordinamento dei Distretti . I Comuni possono integrare il finanziamento regionale.

6) MONITORAGGIO:
Il monitoraggio sarà effettuato dalle Unità Operative Disabili competenti per territorio con criteri unici.

Allegato n° 9 Microprogettualità

Azienda ULSS 12 Veneziana

Associazione "Ci siamo anche noi"

Progetto :"Attività di sostegno L.162/98 art.1" per il territorio del Comune di Cavallino - Treporti

Premessa

L'iniziativa di sostegno rivolta ai disabili ed alle loro famiglie nacque nel territorio di Cavallino –Treporti nel mese di luglio 2004 con valenza di "centro estivo" per disabili. L'esperienza, che vide coinvolti 11 soggetti, fu resa possibile grazie al contributo regionale (legge 162/98) ed alla collaborazione del Comune (trasporti, sede e mensa).

Il citato percorso, dopo una breve pausa nel mese di settembre 2004, riprese grazie alla collaborazione dell'Associazione "Ci siamo anche noi" che da circa dieci anni organizza dei percorsi educativi e ricreativi per i disabili del territorio.

Il presente progetto, altro non è che la prosecuzione delle attività per l'anno 2005, le quali si collocano all'interno del: "Programma unitario di intervento ex DGR 759 del 11/3/205 - Interventi a favore delle persone con disabilità grave (L. 162/98, art. 1).

Visti gli indirizzi e le disposizioni operative e quanto emerso dagli incontri di verifica effettuati nel c.m. fra gli operatori dell'Aulss 12 veneziana, del Comune di Cavallino – Treporti e dell'Associazione "Ci siamo anche noi" si ritiene necessario dare continuità al percorso iniziato.

Visto quanto sopra citato, data l'assenza di strutture diurne nel territorio, si ritiene utile mantenere gli interventi con valenza sia ricreativa sia educativa – occupazionale.

- Dal mese di maggio 2006 si riorganizza il progetto come segue:

Obiettivi generali:

Si riconfermano gli obiettivi dell'anno precedente e si precisa che le attività qui descritte non si collocano fra quelle finalizzate all'inserimento lavorativo:

- Offrire al soggetto disabile uno spazio di crescita personale in cui venga riconosciuto come un adulto e come tale possa esprimersi.
- Osservare e sviluppare le potenzialità residue delle abilità cognitive e di relazione.
- Osservare e valutare eventuali possibilità di attività "occupazionali-lavorative"
- Favorire momenti d'integrazione con il territorio.

Obiettivi specifici:

- Sperimentarsi in un contesto diverso da quello familiare
- Saper apprendere delle fasi di "lavoro"
- Saper mantenere e portare a termine uno o più compiti affidati
- sviluppo delle capacità attentive
- saper relazionarsi con le persone ed il gruppo del progetto "sollievo" assumendo un ruolo adeguato al contesto
- saper rispettare gli orari e le regole.

Modalità

Si ipotizza un numero di 3 operatori coinvolti, per un totale di 50 ore settimanali, per 34 settimane comprensive delle ore da destinare alle riunioni organizzative.

Oltre alle attività ricreativo-sociali già in programma, si vuole organizzare in maniera continuativa un laboratorio per piccole attività manuali, senza perdere il rapporto costruito in questi anni col territorio e ultimamente intensificatosi anche grazie al Progetto Sollievo. Gli spazi utilizzati sono la sede dell'Associazione " Ci siamo anche noi" sita in via Vienna a Cà Savio e la struttura del Villaggio San Paolo di Cavallino.

L'attuazione prevede:

- Stesura di un Piano Educativo Individualizzata per ciascun partecipante
- Attività laboratoriali (attività espressivo artistiche, attività di assemblaggio, ecc.)
- Compilazione delle griglie di osservazione con relative note:
  diario: si utilizza la scheda che l'Associazione ha messo per descrivere l'attività svolta. Tale scheda, denominata diario, è stata costruita per contenere la data, i nomi degli operatori ed il tempo lavorativo, le presenze, il tipo di attività (di gruppo e/o individuale, dance ability, laboratorio, attività ricreativa e di socializzazione, altro), eventuali difficoltà da parte dei partecipanti o in relazione alla specifica attività, aspetti positivi rilevati e problemi da segnalare, la presenza di altre figure come, ad esempio, volontari, visite da parte di figure esterne, eventuali note. L'operatore la compila coinvolgendo i destinatari dell'intervento (valutazione partecipata) al fine di incrementare il senso del gruppo, favorire una maggiore coesione, nonché sentirsi parte attiva del lavoro svolto;

- Scheda personale dell'operatore che riassume le sue prestazioni: data, tipo di prestazione effettuata, orario.
- Incontri di monitoraggio e verifica del progetto con le famiglie
- Sostegno ai familiari nella gestione del proprio congiunto attraverso gruppi di auto aiuto e organizzazione attività ricreativo culturali

Tempi d'attuazione:

Le attività sono state riorganizzate a partire dal 15 maggio scorso con il seguente orario:

giorno della settimana	Orario	n. operatori	Modalità	Attività
Lunedì	900 – 12.00	3	Gruppale ed individuale	Ortocultura Animazione
Martedì	9.00 - 14.00	2	Gruppale	Animazione in spiaggia durante l'estate Laboratorio:cucina
Mercoledì	9.00 – 12.00	3	Gruppale	Ortocultura Laboratorio: lettura
Giovedì	9.00 – 14.00	3	Gruppale ed individuale	Animazione in spiaggia durante l'estate Laboratorio:cucina
Venerdì	9.00 – 12.00	2	Gruppale	Ortocultura Laboratorio: artigianale
A cadenza quindicinale	2 ore	3 operatori e psicologa dell'associazione e altre figure referenti del progetto		

L'orario potrà subire delle modifiche in base alle necessità o ai bisogni emergenti.

Utenti:

il gruppo di lavoro (Aulss Comune Associazione) ha individuato: n.7utenti

Spazi:

vedi sopra

Costi:

n.3 operatori** per 50 ore settimanali per 34 settimane
per 20 euro orario= euro 34.000

Operatori:

- Personale dell'Associazione (3 operatori** e 1 psicologa)
- Personale dell'Aulss (psicologo, educatrice)
- I volontari dell'Associazione

Indicatori di verifica:

- la frequenza
- le fasi di lavoro apprese
- la capacità di saper autonomamente svolgere i compiti assegnati
- le capacità di relazione
- il rispetto delle regole.
- il rispetto degli orari

Il referente del progetto
Aulss12 veneziana
Dr. Daniele Balbinot

La Coordinatrice
Associazione "Ci Siamo anche noi"
Dr.ssa Lucia Marchiori

Allegato n°10 Gruppi Auto Aiuto.

I gruppi di auto aiuto sono strutture di piccolo gruppo a base volontaria finalizzate all'auto aiuto e al raggiungimento di particolari scopi. Essi sono costituiti da persone alla pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni, per superare un comune problema di vita, assicurano sostegno emotivo, promuovono dei processi sulla base dei quali i membri possono acquisire o potenziale il proprio senso di identità personale.
Poiché l'auto aiuto è una forma di aiuto naturale risorsa in più del territorio per il benessere fisico e mentale della comunità la costituzione di gruppi di auto aiuto per disabili e le loro famiglie ha come obiettivo di creare uno spazio dove possano trovarsi, per condividere le loro esperienze, per uscire dalla solitudine e dall'isolamento.
Un gruppo di auto aiuto rappresenta per l'individuo e per la famiglia una nuova rete di relazioni, che produce autopromozione, crescita e benessere, non solo personale ma anche famigliare, oltre che effetti più generali di sensibilizzazione e azione sociale.
La metodologia prevede degli incontri con cadenza quindicinale , di due ore ad incontro, tali incontri sono strutturati in modo tale da rispondere al meglio alle aspettative e ai bisogni dei partecipanti e che consenta al gruppo di esprimere quei processi di crescita e aiuto .
La conduzione è affidata ad un operatore qualificato con funzione di facilitatore della comunicazione che assume un ruolo di stimolo e aiuto, inizialmente determinante, ma poi via via sempre più sfumato, trasmettendo queste sue funzioni ad un numero il più grande possibile di partecipanti.
Il tutto secondo un modello ecologico che ha come principio:
"Aiutatemi facendo leva sui miei punti di forza, non sulle mie debolezze" A. Bronson Alcott 1877.

Allegato n° 11 La disabilita' e la piena cittadinanza.

Progetto ETAM (in corso di svolgimento)

Esistono diversi modi di guardare ai disabili. E ciascun modo sottintende, nasconde e rivela al tempo stesso, un paradigma. Lo scopo che ci prefiggiamo e il progetto che abbiamo in mente, oltre agli strumenti di lettura e alle teorie di cui disponiamo, determinano il tipo di analisi che facciamo della condizione di disabilità.

Possiamo, ad esempio, vedere i disabili sotto l'aspetto demografico come una **componente** della popolazione, o come **soggetti sociali** portatori di istanze, di progetti, di cultura, di esperienze, ecc. Possiamo considerare i disabili nel loro essere **cittadini,** quindi titolari di diritti e di doveri. Possiamo vederli come **persone assistite**. Possiamo considerarli nel loro essere **portatori di bisogni** specifici o come **soggetti a rischio** di esclusione sociale, ecc..
In questo lavoro i disabili verranno considerati soprattutto **cittadini, membri di una comunità locale** alla cui qualità della vita possono e debbono concorrere, portatori di esigenze e di risorse.

I DISABILI E L'ESCLUSIONE SOCIALE

Parlando di disabili è d'obbligo affrontare il tema dell'esclusione sociale, condizione nella quale già molti di loro si trovano e alla quale altri sono esposti e candidati sia per ragioni economiche, sia per la mancanza di relazioni sociali, sia per l'incapacità personale di rispettare gli standard di prestazioni richiesti per "essere inclusi".

L'**International Labor Organization,** definisce l'esclusione sociale come "uno stato di "povertà" nel quale l'individuo non può accedere alle condizioni di vita che gli permettono sia di soddisfare i suoi bisogni essenziali (cibo, salute, istruzione, ecc.) sia di partecipare allo sviluppo della società nella quale vive. Socialmente esclusi quindi sono quei gruppi di cittadini la cui abilità di partecipare pienamente alla vita sociale è fortemente compromessa".

Nella riflessione sull'esclusione sociale e sull'integrazione sociale si possono evidenziare due approcci che riguardano il metodo di analisi e la definizione:

- un approccio che mette al centro le risorse e la ridistribuzione delle stesse (l'assenza di risorse e una posizione bassa nella scala della ridistribuzione delle entrate caratterizza l'esclusione sociale);
- un approccio che sottolinea invece i legami sociali (la mancanza o la rottura di questi multiformi legami definisce la situazione di esclusione sociale).

In poche parole, la povertà e la mancanza di relazioni o di legami sociali sono gli indicatori dell'esclusione e i fattori che la determinano al tempo stesso.
E' stato dimostrato che l'esclusione sociale è un fenomeno complesso e dalle molte sfaccettature, che deve essere considerato in una prospettiva dinamica, ed è connesso ad una molteplicità di aspetti quali: lavoro e disoccupazione, distribuzione della ricchezza e giustizia sociale, razzismo e xenofobia, ambiente fisico e gestione degli spazi urbani, identità e sistemi politici. Per comprendere i processi che determinano l'esclusione nelle società Europee, occorre connettere i livelli macro (politiche sociali, mercato del lavoro), meso (ad esempio la povertà urbana) e micro (le strutture della vita quotidiana della specifica popolazione).

ESCLUSIONE SOCIALE: EFFETTI SULLE PERSONA E SULLA COMUNITÀ

L'esclusione sociale produce effetti negativi, sia sull'individuo che sulla comunità.

Per quanto riguarda gli individui, alle difficoltà che sono una conseguenza diretta della povertà in senso economico e relazionale, si aggiungono gli effetti perversi dell'esclusione sociale. Stigmatizzazione ed etichettamento influiscono negativamente sull'autostima delle persone e sul senso del proprio potere. Le persone che si trovano in una condizione di esclusione sociale sviluppano senso di impotenza, divengono powerless e, alla fine, si deresponsabilizzano rispetto alla propria condizione di vita. L'immagine negativa con quale vengono rappresentati diviene una sorta di gabbia mentale dalla quale gli esclusi stessi fanno fatica ad uscire.
E' ovvio che l'esclusione sociale rappresenta anche una modalità di gestione dei problemi sociali. Escludere significa allontanare dall'attenzione, dalla visibilità problemi altrimenti non gestibili. Ma ciò, oltre a porre problemi di giustizia sociale, produce effetti pericolosi. In modo particolare accresce la conflittualità e la tensione, diminuisce la coesione sociale e il senso di comunità. Attraverso i meccanismi dell'etichettamento, nei gruppi degli esclusi si rinforzano i comportamenti e gli atteggiamenti che sono stati assunti come motivo per l'esclusione.
In altre parole, la presenza di situazioni di esclusione sociale nelle comunità locali, oltre ad essere un danno per gli individui che si trovano esclusi e quindi un problema di giustizia sociale e di rispetto dei diritti di cittadinanza che nelle moderne democrazie dovrebbero essere garantiti, diviene un fattore di tensione sociale che incide negativamente sul senso di sicurezza e sulla qualità della vita di tutti della comunità.

Riconsiderare le funzioni del lavoro sociale

In questo quadro, con particolare riferimento alle risposte che il nostro territorio ha messo in campo per far fronte alle richieste di aiuto ai disabili, è possibile interrogarsi su quale siano i modi migliori per riconsiderare la funzione del lavoro sociale nella Nostra città. Se sia possibile immaginare, insieme ai soggetti interessati, uno slancio nuovo in grado di produrre una nuova cultura sociale che, oltre a garantire i necessari provvedimenti tecnici ed economici per le attività di integrazione presenti sul territorio, evidenzi la valenza politica dei servizi come elementi essenziali alla promozione sociale e come strumento di partecipazione politica alla vita della comunità locale.

LA PARTECIPAZIONE COME ELEMENTO DI CRESCITA DELLA COMUNITÀ LOCALE

La complessità e la multiformità dei punti di vista dei soggetti del territorio che sono chiamati a dare risposte concrete ai bisogni delle persone disabili e delle loro famiglie, non sono facilmente semplificabili. La semplificazione necessaria a produrre esperienze di accoglienza e nuove forme di cittadinanza, se da un lato appare necessaria per questioni economiche e non solo, dall'altro coglie solo in parte la vasta gamma di esigenze particolari di cui sono portatori le persone disabili e le loro famiglie.
Nessuno è in possesso di un sapere definitivo in grado di stabilire con certezza bisogni e risposte, ma il riconoscimento dei diversi saperi, dei diversi punti di vista, il riconoscimento del valore del contributo di tutti nella ricerca delle soluzioni migliori, sono atteggiamenti che si imparano a fatica.
Si impara a fatica che la conoscenza non può che essere un processo co-costruito durante il quale si procede per continui aggiustamenti delle attese e delle rappresentazioni, senza tagliare e semplificare troppo alla ricerca di consensi che si rivelano alla fine insoddisfacenti e deboli.
La partecipazione è un processo lungo che si sviluppa nel corso del tempo e che tiene conto delle criticità e delle conoscenza che via via emergono e si acquisiscono per riorientare le azioni di ciascuno.

La co-costruzione di conoscenze in itinere per capire e realizzare ciò che può essere più utile per il disabile richiama alla metodologia della ricerca-azione.

La costruzione partecipata delle scelte

La ricerca-azione partecipata è una prassi ampiamente diffusa in diverse esperienze sociali finalizzate al cambiamento.

I problemi non possono essere separati dalle persone che li vedono, li valutano, li sentono, li definiscono e dalle risorse e competenze di cui dispongono

Per risolvere i problemi occorre che i soggetti coinvolti nella ricerca abbandonino le strategie distrattive e adottino invece strategie di cambiamento

Per passare da strategie di distrazione a strategie di cambiamento sono fondamentali il senso di responsabilità, la competenza e il potere. Potere, senso di responsabilità e competenza sono pre-requisiti dell'impegno, sono cioè essenziali, affinché un soggetto di fronte a un problema, adotti una strategia di cambiamento.

E' possibile sviluppare un forte senso di responsabilità, potere e competenza attraverso processi di coinvolgimento, di partecipazione e connessione degli attori interessati

I diversi attori interessati, proprio perché diversi, possono collaborare alla soluzione di problemi specifici, o formare una rete di solidarietà o una coalizione.

LA RICOGNIZIONE SOCIALE

Una forma particolare di ricerca partecipata è rappresentata dalla *ricognizione sociale* che costituisce una modalità di ricerca non approfondita nella quale il soggetto e l'oggetto della ricerca coincidono e il processo di conoscenza e di coinvolgimento si intrecciano.

Gli attori coinvolti, non solo forniscono le informazioni relative alle loro percezioni, ma attraverso l'analisi, la discussione e la socializzazione, ne stabiliscono il senso. Con la ricognizione sociale ci si pone un duplice obiettivo di coinvolgere gli attori sociali e di raccogliere informazioni.

In sintesi:

- si sviluppa il senso di proprietà rispetto ai problemi e alle soluzioni
- si avvia un processo di coinvolgimento
- si raccolgono informazioni sui problemi e sulle risorse

La domanda iniziale

Questo processo è stato avviato per iniziativa del Servizio Disabili del Comune di Venezia che si è posto alcune domande sulle possibilità che le strutture che accolgono persone disabili possano migliorare complessivamente, non solo il servizio offerto, ma soprattutto la qualità delle relazioni tra gli stessi soggetti gestori e il territorio nel quale operano.

Una volta garantito il livello minimo delle prestazioni fornite dalle strutture di accoglienza, si tratta di capire come, impegnandosi insieme (istituzione e soggetti gestori) sia possibile compiere un miglioramento di tutto il sistema, a partire dalla condivisione dei problemi e delle soluzioni necessarie a risolverli. La scelta della domanda è molto importante: dovrà essere chiara e dovrà cercare di contenere l'ambito dei problemi che si vogliono affrontare

Gli attori sociali coinvolti e il reclutamento dei leader

Analizzando il variegato mondo dei servizi rivolti ai disabili, l'ipotesi è che la ricerca si svolga nell'ambito dei Centri Diurni (CD), che sono presenti nel territorio comunale.

1. ANFFAS Mestre Modulare Zorzetto
2. Amici Insieme
3. Coop. Rosa Blu
4. Don Orione CEOD
5. Don Orione "La Cascina"
6. Coop. Realtà
7. Coop. Velox
8. Coop. Rivincita
9. ANFFAS Mestre « Crete »
10. AULSS 12 Venezia S.Alvise + UOD Venezia
11. OCMS Opera (Alberoni)
12. Assistenti Sociali di Quartiere + Assistente Sociale Centrale
13. UOD ULSS+Educatori
14. Dirigenti ULSS + Comune

la scelta operata nel senso dei CD, non esclude che un'analisi attenta dei soggetti del territorio che operano in rapporto con queste strutture, individuando altri attori sociali da coinvolgere nel processo di ricerca.

IL RECLUTAMENTO DEI LEADER/RAPPRESENTANTI

A questo punto, individuati i potenziali soggetti coinvolti, è necessario avviare un contatto con le persone che sono significativamente legate alle organizzazioni coinvolte. Questa fase è estremamente delicata e deve essere trattata con la massima cura da parte del soggetto promotore (il Servizio Disabili del Comune di Venezia) perché rappresenta il vero e proprio imprinting del processo. Infatti, chi dà avvio al processo di partecipazione deve essere consapevole che sta chiedendo agli attori territoriali un vero e proprio salto di qualità nei rapporti, si appresta cioè, ad aprire una fase nella quale il coinvolgimento non è più superficiale, anzi, ciò che si propone attraverso la ricognizione sociale è un vera e propria condivisione della responsabilità del cambiamento del contesto attraverso la risoluzione concordata dei problemi.

Una volta identificate le persone significative, è necessario:

- contattarle telefonicamente per fissare un appuntamento per un incontro individuale
- realizzare una prima intervista mirata a presentare il progetto, raccogliere le prime informazioni, verificare la disponibilità dell'intervistato a partecipare ad una assemblea della quale si è già fissata la data. L'invito sarà rinforzato dall'invio di una lettera ufficiale.

Il primo contatto può essere realizzato dagli stessi intervistatori o, se necessario, da una figura significativa dell'organizzazione che ha promosso la ricognizione. Per ogni contatto è necessario studiare la modalità più efficace per modalità e tempi.

La prima assemblea e il "contratto"

Con la prima assemblea il processo di partecipazione diventa "ufficiale". Sarebbe importante che ad aprire l'incontro ci fossero le massime rappresentanze dell'ente promotore, in questo caso l'assessore ed eventualmente un dirigente dell'ULSS. Scopo della prima assemblea è presentare il percorso di ricognizione sociale mettendo in rilievo i motivi per i quali la si vuole realizzare.

Nel dettaglio viene chiesto ai rappresentanti presenti:

- di riunire il gruppo di cui sono responsabili una prima volta per effettuare un'intervista di gruppo;
- di riunire il proprio gruppo una seconda volta per la restituzione e la discussione dei dati raccolti
- di partecipare a una riunione finale per discutere i dati raccolti e le possibili iniziative da intraprendere.

È importante precisare in modo chiaro l'impegno richiesto a ciascuno e non limitarsi a generiche richieste di disponibilità a collaborare: le persone devono trovarsi nelle condizioni per poter valutare e scegliere se aderire o meno alla proposta. Nella nostra società una risorsa che scarseggia è il tempo: pertanto è utile dire precisamente alle persone quanto del loro tempo devono impegnare (in tutto si tratta di poche ore) e la durata complessiva del progetto (3/4 mesi).

I ricercatori in cambio, si impegnano a rispettare le scadenze e a restituire a ciascuno i dati dell'indagine. I dati, infatti, appartengono ai gruppi e ciascuno potrà farne l'uso che vorrà.

Durante questa riunione i presenti hanno la possibilità di porre domande e di fare obiezioni e

alla fine è loro richiesto di decidere se prendere parte al processo o meno.
Le persone si impegnano o non si impegnano di fronte agli altri e questo diviene una sorta di contratto fra le persone presenti con il comitato promotore/committente della ricognizione sociale e con i ricercatori.
Infine, con i rappresentanti che sono disponibili si prendono accordi , per la realizzazione dell'intervista di gruppo.

L'intervista focus

La tecnica utilizzata per raccogliere informazioni è l'intervista di gruppo.
L'intervista viene realizzata nella sede del gruppo da uno o due intervistatori, richiede generalmente due ore e la presenza di un numero di persone fra un minimo di 5 e un massimo di 15.
Generalmente l'intervista viene effettuata con un *gruppo* reale e omogeneo per qualche aspetto, formato da persone di una stessa organizzazione o che comunque hanno motivo di ritrovarsi a fare qualcosa insieme.
Poiché il compito di invitare le persone è affidato al responsabile che ha partecipato all'assemblea iniziale, occorre essere effettivamente chiari sul fatto che per questo lavoro non interessa intervistare un gruppo pur che sia.
Il gruppo deve essere rappresentativo dell'organizzazione, dell'associazione, del servizio e avere una prospettiva di lavoro come tale. Si suppone che il gruppo con il quale si realizza l'intervista rappresenti *un* punto di vista che è determinato dalla sua appartenenza, dalla missione dell'organizzazione a cui appartiene, dalle competenze e dai valori che ha.
Ciò che è importante, alla fine, è la possibilità di mettere a confronto tanti diversi punti di vista. Inoltre, si può supporre che all'interno del gruppo, omogeneo almeno dal punto di vista dell'appartenenza, esista una visione comune di una comunità migliore, sostenuta da valori condivisi.
È maggiormente indicata la dimensione del gruppo reale in virtù degli obiettivi di coinvolgimento e responsabilizzazione futuri.
In alcuni casi, invece, si possono costituire gruppi *ad hoc* che si incontrano esclusivamente per realizzare l'intervista.
In questa riunione i partecipanti:

1. identificano i bisogni e le risorse della comunità;
2. identificano opportunità e barriere;
3. esplorano i problemi, collaborano, confrontano le proprie idee con quelle di altri, ottengono *feedback*,
4. ascoltano e comprendono; 5.sviluppano il senso di proprietà rispetto ai problemi e alle soluzioni;
6. si attivano e scoprono la possibilità di fare qualcosa insieme per risolvere i problemi;
7. si coinvolgono e si impegnano nella ricerca di problemi e soluzioni.

L'elaborazione dei dati

I dati raccolti con le diverse interviste di gruppo vengono "assemblati" ed elaborati in modo molto semplice, tale da poterne rendere facile la lettura ai membri dei vari gruppi. Nello stesso tempo, deve permettere a ciascun gruppo di controllare il processo di ricerca.
In genere, i problemi segnalati vengono accorpati in categorie omogenee al loro interno, e ogni problema è riferito al gruppo che l'ha segnalato.
Il rapporto predisposto per la restituzione non contiene alcuna analisi sui dati raccolti, in modo

da lasciare ai gruppi la responsabilità di interpretarli.
Se ciascun gruppo riconosce la propria parte e verifica che essa contiene effettivamente le informazioni fornite dal gruppo stesso e se tutti i gruppi compiono la medesima operazione, questo consente di realizzare che i dati non sono stati manipolati.
Tutto ciò permette ai gruppi di capire una cosa molto importante e cioè che per controllare un processo sociale, anche relativamente semplice come questo, occorre la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti e che gli stessi mettano in comune le informazioni parziali di cui ciascuno dispone.
Nessun soggetto da solo ha informazioni sufficienti per fare questa verifica. Questa attenzione, solitamente, non avviene nei normali processi di ricerca. Spesso la distanza fra le informazioni che le persone hanno fornito e i dati che si ritrovano in mano è enorme e in *mezzo* c'è stato un processo di elaborazione che le singole persone non conoscono, ne sono in grado di controllare.

La restituzione dei dati

I dati, raccolti e presentati in un opuscolo semplice, vengono restituiti a ciascun gruppo in un'apposita riunione dagli stessi ricercatori che hanno svolto l'intervista.
In questa seconda riunione si illustrano i dati raccolti e si discutono; le persone cominciano, così, a interrogarsi sul loro significato e a vedere i loro dati in relazione a quelli di altri gruppi.
Le persone possono trovare nei dati delle conferme o delle sorprese rispetto alle loro attese.
La riflessione sui dati degli altri gruppi permette di superare gli stereotipi, di intravedere punti comuni e possibilità di collaborazione.

L'assemblea finale e il Gruppo Guida

Con questa assemblea, alla quale partecipano le stesse persone presenti alla prima più eventuali altre che si sono aggiunte nel percorso, termina la ricognizione.
In questa sede continua la riflessione sui dati e avviene un confronto fra i diversi gruppi. Se c'è l'interesse da parte dei presenti, l'incontro si conclude con la costituzione, più o meno formale, di un *gruppo guida* (gruppo formato da rappresentanti dei diversi gruppi) che può assumersi il compito di intraprendere azioni per risolvere qualcuno dei problemi più importanti e ingaggiarsi in un'attività di progettazione e *problem solving collaborativo*.
Questa possibilità non è scontata all'inizio del percorso e non è su questo che deve puntare la ricognizione.
L'andare avanti o il fermarsi, a questo punto, dipende da ciascun gruppo e da eventuali accordi che sono possibili fra i gruppi.
In ogni caso, ciascun gruppo ha più informazioni e può utilizzarle per la propria normale attività, si sono creati contatti che possono aprire nel futuro possibilità di collaborazione.

Il ruolo del ricercatore

Come già accennato, per condurre un progetto di ricognizione sociale, oltre a una figura di coordinatore che si fa carico degli aspetti generali e dell'impianto complessivo e svolge anche una funzione di addestramento e supervisione, occorre prevedere l'impiego di intervistatori.
Il loro compito essenziale è l'intervista di gruppo che devono saper condurre con competenza e autorevolezza.
Accanto a questo compito, di natura tecnica, gli intervistatori giocano un ruolo importante come tessitori di relazioni. In genere sono loro che realizzano la prima intervista e che fanno la restituzione dei dati nei gruppi.
Dalla comprensione che gli stessi hanno del senso del progetto, prima che delle attività,

dipende in larga misura l' efficacia del loro comportamento di ruolo.
La ricognizione sociale, almeno come viene intesa in questo contesto, non è solo un progetto di ricerca.
Chi realizza la ricognizione sociale, quindi, oltre che come "ricercatore" deve giocarsi anche come animatore di comunità.