AULSS 12 VENEZIANA

COMUNI DI
VENEZIA
MARCON
QUARTO d'ALTINO
CAVALLINO TREPORTI

PIANO LOCALE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

DGR 464/06 e DGR 394 del 20 febbraio 2007
DGR 457 del 27 febbraio 2007

23/04/2007

PREMESSA

Dgr n. 457 del 27 febbraio 2007 Indicazioni alle Aziende ULSS per la predisposizione del Piano della non autosufficienza per la residenzialità

Con DGR 464/06 e DGR 394 del 20 febbraio 2007 è stato prevista la predisposizione e l'approvazione del Piano Locale della non autosufficienza per la residenzialità, quale strumento operativo del Piano di Zona, finalizzato alla attuazione a livello locale degli indirizzi di programmazione regionale. Con DGR 457/2007 la regione ha provveduto a determinare gli indirizzi necessari precisando che il Piano per la Non autosufficienza deve essere approvato dalle Conferenze dei Sindaci entro il 30/04/07, e costituisce piano settoriale che integra il Piano di Zona di cui alla DGR 3702/06.

Ai fini della predisposizione del PLNA si sono utilizzate le modalità e le procedure già previste per l'elaborazione dei Piani di Zona dei Servizi Sociali. In particolare la Conferenza dei Sindaci e l'azienda Ulss 12 e Enti gestori dei centri servizio residenziali hanno elaborato il presente documento.
Si è proceduto con alcuni incontri tra enti gestori del territorio e le direzioni sociali di ulss e comuni. Un primo incontro è stato dedicato alla illustrazione delle deliberazioni di giunta regionale in tema di residenzialità per anziani non auto e alla richiesta di proposte e suggerimenti per la redazione della prima bozza di lavoro del futuro piano della non auto
Un successivo incontro è stato dedicato per la condivisione di un primo documento con richiesta di valutazione e di ulteriori proposte.
Dopo gli incontri con gli enti gestori la bozza del documento è stata condivisa a livello politico in una preconferenza dei sindaci che ha dato mandato alla direzioni tecniche dei rispettivi enti e dell'azienda di perfezionare il documento condividendone l'impianto di fondo.
Il Piano è stato adottato dalla Conferenza dei Sindaci in data 23 aprile 2007.

Analisi del fenomeno della non autosufficienza nel contesto territoriale dell'Azienda ULSS

L'applicazione sul territorio dell'Azienda ulss n.12 di quanto previsto dalla Dgr 457/07 richiede di partire dalla considerazione degli equilibri introdotti nella quantificazione delle impegnative disponibili di I e II livello in relazione alla sistema di offerta esistente e ai suoi tassi di occupazione attuali.
Dai dati proposti nella tabella 1 deriva che obiettivo prioritario del presente piano è il riequilibrio della distribuzione dei posti dedicati all'accoglienza dei titolari di impegnative di II livello. Infatti, il centro storico in particolare il Lido vede una situazione di eccessiva concentrazione di posti di II livello per la storica presenza in quel territorio della HRSA ora abolite e trasformate in NRSA (II livello).
Questo obiettivo dovrebbe perseguire , più in generale, una strategia di offerta che, nel triennio, consenta alle strutture di orientare la propria capacità di offerta su un mix di 75% di posti letto per impegnative di I livello e il 25% di posti letto per impegnative di II livello, fermo restando che tale distribuzione tra I e II livello potrà modificarsi in ragione dell'esito della sperimentazione di cui alla DGR 2831/2005.

In questa direzione sembra opportuno richiamare il positivo risultato ottenuto con un primo riequilibrio dal punto di vista dell'offerta dei posti di II livello verificatosi alla fine del 2006 con l'apertura a novembre della residenza Contarini in terraferma dell'IRE di Venezia. L'effetto positivo è stato l'aumento di un nucleo di 24 posti letto in terraferma e corrispondente riduzione in Centro Storico.
Altro obiettivo prioritario è la tendenza alla specializzazione dei Centri Servizi di accoglienza sia residenziale che semiresidenziale. Già questo obiettivo si sta perseguendo con i Centri diurni alzheimer in cui i due Entri gestori (Antica scuola dei battuti e IRE Venezia) si sono posizionati su target diversi di utenza. Il medesimo progetto vede in futuro anche per i centri residenziali una ipotesi di specializzazione anche recuperando quelle che in passato sono state le esperienze e le peculiarità della HRSA. L'istituto Carlo Steeb ora San Benedetto s.r.l. esprime una spiccata tendenza per l'accoglienza di persone con maggior carico assistenziale legato a patologie mentali, mentre l'istituto San Camillo e il Centro Servizi Fatebenefratelli per l'accoglienza di persone con carico assistenziale legato a necessità riabilitative-funzionali.
Di seguito le tabelle illustrano la situazione demografica della popolazione dell'ulss e quella relativa all'accoglienza presso i Centri Servizi Residenziali e Semiresidenziali

TAB.1 (numero impegnative 2007 /posti utilizzati 2006)

	FABBISOGNO IMPEGNATIVE 31/12/2007	POSTI AUTORIZZATI AL 31/12/2006	di cui		POSTI UTILIZZATI AL 31/12/2006	di cui		POSTI AUTORIZZABILI/ ACCREDITABILI l.r. 22/2002 AL 31/12/2007
			I liv	II liv		I liv	II liv	
Centro Storico	613	920	515	405	800	503	297	
Terraferma	1437	1046	902	144	1010	803	207	
Totale Aulss 12	**2050**	**1966**	**1417**	**549**	**1810**	**1306**	**504**	**2255***
mobilità passiva al 30/09/2006					**132**			
TOTALE GEN					**1942**			

Fonte allegato dgr 457 /07
* nella DGR 457/07 la regione prevede un numero di posti accreditabili (2255) pari alle impegnative riconosciute (2050) maggiorate del 10%

I posti utilizzati al 31/12/2006 risultano inferiori all'autorizzato per due ordini di motivi:
1. persone in mobilità passiva verso altre Ulss;
2. utilizzo di alcuni posti nei centri servizi per altre unità di offerta diverse dalla residenza tradizionale (es. Hospice, SAPA, RSD con relativa riduzione di posti letto dedicati alla residenza tradizionale)

Dal confronto degli indicatori sulla popolazione Ulss 12 con quelli delle altre Ulss venete e della media regionale emerge che l'Ulss 12 registra un indice di vecchiaia, ricambio e carico sociale tra i più elevati della regione.

Il fabbisogno di impegnative viene quantificato secondo i criteri introdotti dalla Regione Veneto che provvederà all'aggiornamento del fabbisogno di residenzialità per èersone anziane non autosufficienti con cadenza annuale e sulla base dei seguenti indicatori demografici:

- 0,06% della popolazione fino a 64 anni;
- 0,65% della popolazione compresa tra 65 e 74 anni (+ 0,5 % per i territori di montagna e Venezia Centro Storico ed Isole)
- 4,40% della popolazione maggiore di 75 anni (+ 1 % per i territori di montagna e Venezia Centro Storico ed Isole).

I parametri per il calcolo del fabbisogno di posti letto per anziani non autosufficienti per l'Ulss 12 vengono adeguati come esposto nella tabella 2:

TAB. 2 - AULSS 12 VENEZIANA FABBISOGNO IMPEGNATIVE AL 31/12/2007 (DGR 457/07)

	0-64	65-74	75 e oltre	0,06% su pop 0-64	1,15% su pop 65-74	0,65% su pop 65-75	5,4% su pop 75 e oltre	4,4% su pop 75 e oltre	totale
Venezia Comune Centro Storico	44,423	8,619	9,029	27	99		488		613
Terraferma	187,065	29,191	25,794	112		190		1,135	1,437
	44,423	8,619	9,029	139	99	190	488	1,135	2,050

Fonte allegato dgr 457 /07

Allo stato attuale la popolazione anziana non autosufficiente presente nelle strutture del territorio Ulss 12 risulta distribuita come esposto nella tabella 3. elaborando i dati della graduatoria unica è possibile cogliere la distribuzione per struttura, genere, classi di età e profilo Svama.

Soprattutto con riferimento a quest'ultimo parametro va valutata l'esigenza di una maggiore corrispondenza tra il profilo dell'utente e l'intensità assistenziale della struttura. Va fatto notare che i dati della schede Svama non sempre si prestano ad una ricostruzione completa su questo versante (si veda la colonna non indicato). Tuttavia, anche attribuendo i casi non indicati al profilo più alto si manifesta nei numeri uno sbilancio tra capacità di offerta sui livelli di intensità così come rilevati e fabbisogno così come definiti nelle schede Svama.
Questo non sarà esente da conseguenza all'atto dell'introduzione dal 1 luglio 2007 del I e II livello assistenziale in sostituzione dell'intensità ridotta minima e media.

TAB. 3 - Popolazione anziana non autosufficiente in casa di riposo

POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE OSPITE DI CENTRI SERVIZI RESIDENZIALI
ALLA DATA DEL 31/12/2006
Fonte U.O. Controllo di Gestione Aulss 12

			Persone	**SESSO**		**CLASSI DI ETA'**			**PROFILO SVAMA**			**INTENSITA' ASSISTENZIALE**		
Demominazione Centro residenziale	**POSTI AUTORIZZATI**	**POSTI UTILIZZATI**	**al 31/12/06**	**M**	**F**	**< 64**	**65 - 74**	**75 e oltre**	**2 - 13 e 16**	**14 15 e 17**	**Assente dal tracciato flussi**	**min/ ridotta**	**media**	**alta**
Casa Osp. S. Maria del Mare	105	105	103	16	87	4	10	89	94	0	9	79	24	
Istituto C. Steeb	188	188	185	38	147	7	8	170	177	8	0	88	97	
Istituto S. Camillo	146	146	138	48	90	5	14	119	98	13	27	70	68	
Totale Venezia Lido	**439**	**439**	**426**	**102**	**324**	**16**	**32**	**378**	**369**	**21**	**36**	**237**	**189**	**-**
Res. SS Giovanni e P.	370	333	329	61	268	9	31	289	293	7	29	174	95	60
Res. S. Lorenzo	67	61	60	17	43	5	7	48	55	5	0	60	0	
Istituto Cottolengo	14	14	14	0	14	0	0	14	10	0	4	14	0	
Ex RSA Fatebenefratelli	90	30	28	6	22	1	1	26	21	7	0	0	28	
Totale Venezia Centro Storico	**541**	**438**	**431**	**84**	**347**	**15**	**39**	**377**	**379**	**19**	**33**	**248**	**123**	**60**
Associazione Ca' dei Fiori	20	20	20	4	16	0	6	14	20	0	0	20	0	
Res. Anni Azzurri Quarto	137	137	133	96	37	2	12	119	123	10	0	133	0	
Antica Scuola dei Battuti	351	351	351	64	287	6	38	307	328	23	0	255	96	
Centro Nazaret	163	122	129	31	98	1	9	119	72	8	49	129	0	
Res. S. Maria del Rosario	144	114	112	23	89	3	9	100	47	4	61	64	48	
Res. Anni Azzurri Favaro	111	150	112	19	93	0	6	106	99	13	0	80	32	
Res. Contarini	120	120	56	20	36	0	6	50	23	1	32	56	0	
Totale Terraferma	**1046**	**1014**	**913**	**257**	**656**	**12**	**86**	**815**	**712**	**59**	**142**	**737**	**176**	
Totale *(compresi 60 PL grandi strutture)*	**2026**	**1891**	**1770**	**443**	**1327**	**43**	**157**	**1570**	**1460**	**99**	**211**	**1222**	**488**	**60**

L'introduzione delle impegnative ribadisce la necessità di gestire il sistema di rilascio delle impegnative con una lista unica, a gestione centralizzata da parte dell'Azienda Ulss 12.
In questa ottica assume rilevanza considerare che al 22.03.07 risultavano 421 persone in lista di attesa. La tabella 4 consente di approfondire le diverse esigenze all'interno di questo gruppo distinguendo principalmente dal totale i 59 casi di persone in lista per una richiesta di trasferimento ad altra struttura.
In ogni caso dai dati in possesso risulta che per situazioni caratterizzate da un indice di priorità > 70 i tempi di risposta sono mediamente attestati sui 2 mesi.

TAB 4 - Popolazione anziana in lista d'attesa per ingresso in CdR

POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE IN LISTA DI ATTESA ALLA DATA DEL 22.03.2007 PER INGRESSO IN CASA DI RIPOSO
AULSS 12 VENEZIANA
AUTORIZZAZIONI UVMD PERIODO 01.03.2006 - 22.03.2007

Demominazione Centro residenziale	TOTALE	SESSO		CLASSI DI ETA'			PROFILO SVAMA			INDICE DI PRIORITA'		
		M	F	< 64	65 - 74	75 e oltre	2 - 13 e 16	14, 15 e 17	Np*	< 50	50,001 - 70	>70,001
PERSONE IN LISTA DI ATTESA	362	100	262	8	35	319	326	26	10	108	193	61
PERSONE IN ATTESA DI TRASFERIMENTO DA UNA CDR AD UN'ALTRA	59	16	43	2	4	53	57	1	1	5	45	9
TOTALE PERSONE IN LISTA DI ATTESA	421	116	305	10	39	372	383	27	11	113	238	70

* np: dato non pervenuto; trattasi di persone valutate da UOGO per le quali le modalità di comunicazione e trasmissione dei dati era diversa da quella attuale

TAB. 5 - Popolazione anziana non autosufficiente in lista di attesa – espressione delle preferenze

POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE IN LISTA DI ATTESA ALLA DATA DEL 22.03.07 PER INGRESSO IN CASA DI RIPOSO
AULSS 12 VENEZIANA
AUTORIZZAZIONI UVMD PERIODO 01.03.2006 - 22.03.2007

Demominazione Centro residenziale	TOTALE	SESSO		CLASSI DI ETA'			PROFILO SVAMA			INDICE DI PRIORITA'			% preferenze su totale utenti in lista
		M	F	< 64	65 - 74	75 e oltre	2 - 13 e 16	15 14 e 17	np	< 50	50,001 - 70	>70,001	
Casa Osp. S. Maria del Mare	54	24	30	2	10	42	38	11	5	9	24	21	12.83%
Istituto C. Steeb	76	21	55	2	9	65	58	12	6	8	41	27	18.05%
Istituto S. Camillo	83	23	60	1	10	72	67	12	4	25	34	24	19.71%
Res. SS Giovanni e P.	123	32	91	3	11	109	106	10	7	24	68	31	29.22%
Res. S. Lorenzo	142	43	99	2	13	127	119	14	9	25	77	40	33.73%
Istituto Cottolengo	90	17	73	0	10	80	71	11	8	13	51	26	21.38%
Ex RSA Fatebenefratelli	136	36	100	3	15	118	112	16	8	23	74	39	32.30%
Associazione Ca' dei Fiori	80	19	61	1	11	68	62	10	8	13	46	21	19.00%
Res. Anni Azzurri Quarto	61	19	42	0	9	52	46	10	5	16	28	17	14.49%
Antica Scuola dei Battuti	153	46	107	3	19	131	136	12	5	37	89	27	36.34%
Centro Nazaret	189	45	144	3	20	166	168	14	7	50	104	35	44.89%
Res. S. Maria del Rosario	169	44	125	2	17	150	149	13	7	41	100	28	40.14%
Res. Anni Azzurri Favaro	53	19	34	0	7	46	41	8	4	11	24	18	12.59%
Res. Contarini	128	41	87	2	16	110	110	12	6	27	69	32	30.40%
CDR Extra Aulss 12	10	3	7	0	4	6	9	1	0	2	8	0	2.38%

Definizione del sistema dei servizi socio/sanitari esistenti sul territorio per le persone non autosufficienti

Per definire il sistema di offerta presente sul territorio è necessario recuperare un dato di riferimento nella quantificazione della non autosufficienza. Recuperando le stime proposte dall'Istat (Fonte:..) si può quantificare per il nostro territorio una presenza di 5.413 persone non autosufficienti.

TAB. 6 - Stima della popolazione anziana non autosufficiente nel territorio Ulss 12

FASCE ETA'	TOT popolazione	tasso di prevalenza riferito a dati Veneto	Numero di Non Autosufficienti
65-69	20333	2,60%	529
70-74	17477	6,19%	1082
75-79	15070	11,83%	1783
80-84	11862	14,98%	1777
85-89	4610	24,79%	1143
90+	3281	31,53%	1034
su TOT anziani	72633	**9,89%**	7183
su TOT popolazione	**304121**	**1,78%**	**5413**

Fonte: elaborazione su dati Istat

L'insieme delle politiche di sostegno alle persone non autosufficienti si caratterizza nell'offerta di:

1. interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia: assistenza domiciliare sociale, sanitaria (comprensiva della fornitura di protesi e ausili) e integrata sociosanitaria (ADI), telesoccorso e telecontrollo, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale;
2. interventi di sostegno economico: assegni di cura e contributi economici alle persone e alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, della tipologia e delle modalità di assistenza fornita, della situazione economica;
3. interventi di sollievo alla famiglia: disponibilità di posti residenziali e semiresidenziali per persone in situazione di dipendenza socio-assistenziale;
4. interventi di socializzazione attraverso sviluppo di comunità e reti sociali: interventi di socializzazione attraverso la coprogettazione di minialloggi Ater nel territorio, coinvolgimento degli anziani nelle reti sociali del territorio,
5. residenzialità in strutture autorizzate

TAB. 7 - Anziani assistiti in Assistenza Domiciliare, contributi e interventi di Sollievo

Anno 2005						
Tab.– Utenza e servizi	**Comuni**				**AULSS 12**	**totale**
Area Anziani	**Venezia**	**Cavallino -Treporti**	**Quarto D'Altino**	**Marcon**		
N. anziani che usufruiscono di Assistenza Domiciliare (SAD)	2058	63	15	26		2.162
Di cui AD Integrata	522	25	3	18		568
N. anziani che usufruiscono di Contributi Alzheimer	248	9	0	7		264
N. anziani che usufruiscono di Contributi Badanti	319	10		np		329
N. anziani che usufruiscono di Contributi L.R. 28	801	80		np		881
N. anziani che usufruiscono di Contributi economici vari (x Ve prestazioni e x Quarto utenti)	676		30	np		706
N. posti di sollievo					14	14
N. posti di pronto intervento sociale disponibili	4					4
N. anziani che hanno usufruito dei posti di sollievo					49	49
N. anziani che hanno usufruito dei posti di pronto intervento sociale	48					48
N. persone che hanno usufruito dei contributi per la residenzialità	1.197	np	np	np		1.197
N. di agevolazioni concesse ad anziani	232					232

Fonte: dati monitoraggio Piano di Zona anno 2005

TAB. 8 - Centri diurni

CENTRI DIURNI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI DATI RELATIVI ANNO 2006						
DENOMINAZIONE CENTRO DIURNO	n. posti	utenti totali	lista attesa	gg presenza totali	frequenza media pro die	Attivato SI O NO
ANTICA SCUOLA BATTUTI C.D. SOCIO-SANITARIO	30	131	38*	5861	23,44	Si
ANTICA SCUOLA BATTUTI C.D. ALZHEIMER	10	95	72*	2480	9,92	Si
SS. GIOVANNI E P. C.D. ALZHEIMER	12	23	7**	2327	9.33	Si
CENTRO DIURNO NAZARET	20	--	--	--	--	NO

* totale alla data del 1/1/2007
** media/anno

Alla luce dei dati disponibili emerge che a fronte di un bisogno stimato di 5.413 persone il sistema di offerta garantisce interventi a domicilio per 2.162 residenti, 1.942 risultano ospiti in strutture. A questi vanno aggiunti i beneficiari di sussidi economici, centri diurni, telesoccorso.
Nel suo complesso la situazione appare in linea con degli standard di risposta adeguati.

Definizione del sistema di accesso ai servizi residenziali

Il sistema di accesso ai servizi nell'ambito della non autosufficienza (residenzialità e domiciliarietà) è ad oggi garantito dall'unico gate d'accesso quale l'UVMD che assicura l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali a livello territoriale.
L'UVMD è distrettuale e tra suoi compiti rientrano la:

- valutazione della situazione riguardante la persona richiedente l'accesso alla rete dei servizi in modo multidimensionale e multiprofessionale
- individuazione della risposta più adeguata di ordine riabilitativo, assistenziale, sociosanitario elaborando, ove previsto, il relativo progetto. Il progetto è uno strumento flessibile e previa verifica e proposta del responsabile del caso può essere modificato prima della naturale scadenza e deve contenere:
  a) gli obiettivi da raggiungere;
  b) la qualità (tipologia) delle prestazioni da erogare o dei beni da fornire
  c) la durata complessiva oltre la quale il progetto si conclude o viene riformulato
  d) i tempi e le modalità di verifica.
- designazione del Responsabile del Caso (Case-Manager) cui viene affidato l'esecuzione del progetto, seguendo la persona e il progetto, proponendo ed effettuando verifiche e riferendo all'UVMD in fase valutativa.
- conservazione della documentazione relativa ai casi valutati e consegna a quanti ne hanno titolo.

L'UVMD con l'approvazione del progetto personalizzato esplicita il livello di intensità assistenziale appropriato ai bisogni della persona valutata, che dovrà essere riportato dal 1.7.2007 nella impegnativa di residenzialità. Sino all'approvazione del progetto sperimentale regionale si farà riferimento a quanto disposto sull'argomento dalla DGR 464/06.

Oltre alla UVMD, l'accesso alle strutture residenziali, nei casi disciplinati dalle disposizioni aziendali, avviene anche attraverso le U.V.M.O (Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera, ex UOGO) operanti presso il Presidio Ospedaliero di Venezia e una presso quello di Meste, con la partecipazione delle assistenti sociali dei Comuni di residenza (U.O.C per il Comune di Venezia) che devono garantire la valutazione sociale entro 7 giorni dalla richiesta dell'ospedale.

Il Regolamento per la gestione del Registro Unico di Residenzialità (RUR) è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 1804 del 2003 al fine di individuare:

a) i criteri di regolazione del flusso delle domande ammesse al trattamento di residenzialità a seguito di favorevole valutazione della UVMD;
b) i criteri per la gestione della graduatoria delle persone aspiranti al riconoscimento della impegnativa;
c) i criteri e le modalità per l'attribuzione delle impegnative di residenzialità anche in riferimento a Centri di servizio ubicati fuori dal territorio di competenza.

Ad oggi è in corso di predisposizione un RUR informatizzato e accessibile via web da parte dei Centri servizi. Successivamente verrà integrato l'attuale RUR con l'introduzione delle nuove indicazioni regionali di cui alla DGR 456/07.
Al fine di valorizzare le potenzialità programmatorie dello strumento il Piano prevede la costituzione di un gruppo di lavoro ULSS Comuni e Enti Gestori per l'analisi dei dati che esitano (report) dal RUR al fine di esaminare eventuali criticità, con particolare riferimento a :

- effettive condizioni per l'esercizio della libertà di scelta;

- effetti nella quantificazione annuale da parte della Regione Veneto delle impegnative;
- evoluzione dei tempi di attesa;
- trasparenza, equità di accesso;
- appropriatezza dello strumento RUR rispetto alla co-presenza di domande con tipologie diversificate.

Articolazione del sistema di offerta esistente dei servizi residenziali.

TAB 9 - Situazione dell'offerta residenziale al 01/01/2007 (Posti autorizzati da regione al 31/12/2006)

DENOMINAZIONE Centro residenziale	**Cap. ricettiva totale**	**Tot. Pl. autorizzati anziani non auto**	**I livello**	**II livello**	**SAPA**	**SVP**	**hospice**	**Grandi strutture**	**RSD**	**Posti AUTO**	**ALTRO**
CdR Santa Maria del Mare	144	105	81	24						15	24
CdR San Benedetto (ex C Steeb)	202	188	88	100						14	
CdR San Camillo	180	146	75	71		4			11	19	
TOTALE VE LIDO	**526**	**439**	**244**	**195**		**4**			**11**	**48**	**24**
CdR SS Giovanni e Paolo	370	310	190	120				60			
CdR S. Lorenzo	67	67	67								
CdR Cottolengo	27	14	14							13	
CdR Fatebenefratelli	112	90	0	90		4	8		10		
TOTALE CENTRO STORICO	**576**	**481**	**271**	**210**		**4**	**8**		**10**	**13**	
CdR Ca' dei Fiori	57	20	20							37	
Res. Anni Azzurri-Quarto d'Altino	152	137	137								15
Cdr Antica Scuola dei Battuti	365	351	279	72						10	4
CdR Centro Nazaret	163	163**	163		15		8 *vale 16		10		
Cdr Santa Maria del Rosario	114	144*	96	48					9		
Cdr Anni Azzurri Favaro	166	111	111								55
Osp. Class. Villa Salus						4					
Cdr Residenza Contarini	120	120	96	24							
TOTALE TERRAFERMA	**1137**	**1046**	**902**	**144**	**15**	**8**	**8**		**19**	**47**	**74**

* Santa Maria del Rosario l'originale autorizzazione e capacità ricettiva della struttura di 144 posti si è ridotta a 114 per utilizzo diverso del 5 piano dell'immobile

** Centro Nazaret i posti autorizzati per anziani non autosufficienti di I livello sono stati ridotti da 163 a 122 per utilizzo della struttura con altre unità di Offerta (SAPA, HOSPICE, RSD)

TAB. 10 - Posti letto autorizzati: riferimenti normativi

DENOMINAZIONE CENTRO RESIDENZIALE	P.L. autorizzati	PROVVEDIMENTO AULSS Idoneità Professionale e aut. Funz.	Decreto Regionale	NOTE
CdR Santa Maria del Mare	105	473 del 3/4/2003		
CdR C Steeb – S. Benedetto	188	757 del 19/5/2006		
CdR San Camillo	146	1996 del 23/9/99		
SVP S. Camillo	4		Decreto del Dir. Reg. Piani e Progr. Socio-sanitari n.131 del 15/12/2005	
RSD S. Camillo	11	393 del 20/03/2003 e n. 676 del 6/5/2003		
CdR IRE SS Giovanni e Paolo	310			Progetto di Ristrutturazione (STAR) in atto
CdR IRE S. Lorenzo	67			istruttoria di autorizzazione in corso
CdR Cottolengo	14	1994 del 23/9/99		
CdR Fatebenefratelli	90			
SVP Fatebenefratelli	4		Decreto del Dir. Reg. Piani e Progr. Socio-sanitari n. 138 del 27/12/2005	
HOSPICE FATEBENEFRATELLI	8	1025 del 12/07/2006	Decreto del Dir. Reg. Piani e Progr. Socio-sanitari n. 129 del 18/10/2006	
RSD FateBeneFratelli	10	316 del 17/03/2005		
CdR Ca' dei Fiori	20	100 del 2/2/2000		istruttoria di rinnovo in corso
Res. Anni Azzurri-Quarto d'Altino	137	50 del 13/01/1999		istruttoria di rinnovo in corso
Cdr Antica Scuola dei Battuti	351	1528 del 26.10.2006	Attesa Decreto Regionale	il provvedimento è relativo a 104 posti letto
CdR Centro Nazaret	163	661 del 6/5/2003 1802 del 19/12/03	Decreto del Dir. Reg. Servizi Sociali n. 138 del 4/08/2004 per 40 p.l. e n. 38 del 07/02/07 x 123 p.l.	
HOSPICE Centro Nazaret	8	1315 del 27/10/2005	Decreto del Dir. Reg. Piani e Progr. Socio-sanitari n. 46 del 28/03/2006	
SAPA Centro Nazaret	15	1317 del 27/10/2005	Decreto del Dir. Reg. Piani e Progr. Socio-sanitari n. 139 del 29/12/2005	
RSD Centro Nazaret	10	1706 del 27/11/2003		
Cdr Santa Maria del Rosario	144	1808 del 10/7/97 e 1090 del 13/6/2000		
RSD Santa Maria del Rosario	9	317 deln17/03/2005		
Cdr Anni Azzurri Favaro	111	1574 del 06/09/2001		istruttoria di rinnovo in corso
SVP Osp. Class. Villa Salus	4		Decreto del Dir. Reg. Piani e Progr. Socio-sanitari n. 16 del 1/02/2006	
Cdr IRE Residenza Contarini	120	1529 del 26.10.2006	Attesa Decreto Regionale	

TAB 11 - Situazione dell'offerta residenziale al 01/01/2007 (Posti utilizzati effettivamente)

			OFFERTA RESIDENZIALE											
ENTE GESTORE	**DENOMINAZIONE** **Centro residenziale**	**Tot. P.L. autorizzati non auto**	**I liv.**	**II liv.**	**SAPA**	**SVP[1]**	**TEMPORANEI**	**hospice**	**Grandi strutture**	**RSD**	**Posti attivi al 1.1.07**	**AUTO**	**ALTRO[2]**	**Cap ricettiva**
											A	B	C	(A+B+C)
San Benedetto Srl	CdR San Benedetto (ex Carlo Steeb)	188	88	88			12				188		14	202
Provincia Lombardo Veneta	CdR San Camillo	146	75	59		4	12			11	161	19		180
I.R.E. – VE	SS Giovanni e Paolo	310	184	72					60		316		54	370
	Res S. Lorenzo	67	61								61		6	67
	Res. Contarini	120	96	24							120			
Piccola Casa Divina Provvidenza Cottolengo TO	CdR Cottolengo	14	14								14	13		27
Ospedale Fatebenefratelli	CdR Fatebenefratelli	90		18		4	12	8		10	52		70	122
Assoc. Ca' dei Fiori Onlus	CdR Ca' dei Fiori	20	20								20	37		57
Residenze Anni Azzurri srl	Anni Azzurri-Quarto d'Altino	137	137								137		15	152
	Anni Azzurri Favaro	111	111	27			12				150		16	
IPAB Antica Scuola dei Battuti	Cdr Antica Scuola dei Battuti	351	255	96							351	10	4	365
Fondazione OSMC	CdR Centro Nazaret	163	122 Attivi 136		15 Attivi 1			8		10	155		8 (2*hospice)	163
	Cdr Santa Maria del Rosario	144 Attivi 114 Non attivi 30	57 Attivi 65	48						9 Attivi 5 Non attivi 4	114			114
	CdR Santa Maria del Mare	105	81	24							105	15	24	144

[1] Ai posti SVP indicati nella tabella vanno aggiunti altri n. 4 posti SVP allocati presso l'Ospedale Villa Salus

[2] Trattasi di disponibilità di posti aggiuntivi e passibili di riorganizzazione dei quali alcuni destinati ad altre tipologie di offerta

TAB 12 - Situazione dell'offerta semiresidenziale al 01/01/2007

DENOMINAZIONE Centro diurno	**Rif. normativo**	**Data autor. Funzion.**	**Cap. ricettiva totale**	**Tot. posti autorizzati**	**SOLLIEVO**
CdR SS Giovanni e Paolo		Del Aulss n. 32 del 15.01.2001	12	12	
Cdr Antica Scuola dei Battuti	Decreto Dir Reg Ser. Sociali n. 91 del 21/7/2003	Deliberazione Aulss N. 472 del 3/4/2003 x i 40 posti e n. 1842 del 28/12/2006 x 10 posti	50	40	
Cdr Residenza Contarini	In attesa decreto	Deliberazione Aulss n 1842 del 28/12/2006 .	16		
Centro Nazaret		Deliberazione Aulss n 1802 del 19/12/2003 .	20		

E' stata inoltrata alla Regione la richiesta di riconoscimento di n. 10 posti di centro diurno per anziani non autosufficienti presso Antica Scuola dei Battuti e n. 16 posti presso Residenza Contarini. Tutti i posti sono già autorizzati all'esercizio da parte di questa Aulss.

Articolazione della programmazione e della qualificazione del sistema di offerta.

sviluppo della programmazione nel sistema della residenzialità,

POSTI TEMPORANEI

All'interno della programmazione il Piano prevede il rilascio di impegnative temporanee nei termini previsti dalla DGR 457/07. confermando l'approccio al ricovero come intervento anche temporaneo con possibilità di recupero e ritorno al proprio domicilio.
Secondo quanto stabilito dalla DGR 456/07 l'ammissione in struttura anche per accoglimenti temporanei; ovvero di durata non superiore a 3 mesi, deve avvenire passando attraverso il Registri Unico (RUR). A tali impegnative viene assicurata la precedenza rispetto alle domande di inserimento di maggior durata. La percentuale di impegnative destinate a tale scopo non può comunque superare il 2,5% delle impegnative assegnate all' Azienda ULSS.
Stante l'operare di un vincolo quantitativo su queste impegnative appare opportuno il richiamo alla casistica, così come proposta dalla DGR 394/07, che può rientrare in questa fattispecie privilegiata di impegnative:

- episodi post acuti con necessità di protezione sanitaria e attività riabilitativa,
- bisogni sanitari non più attuabili a domicilio;
- patologie psico-degenerative non assistibili a domicilio;
- per condizioni di solitudine a fronte di necessità di assistenza socio-sanitaria;
- per / fragilità o limiti dell'ambito familiare e parentale;

Condizioni queste e altre, a volte anche complesse che rendono più idonea la risposta del bisogno espresso in ambito residenziale e semiresidenziale anche di natura temporanea."
Questa interpretazione riconferma che nel numero di impegnative attribuite sono ricomprese quelle relative alle ex HRSA assimilate ai nuclei di RSA (2° livello assistenziale) chiarendo che non è possibile a priori l'assimilazione delle impegnative temporanee a livelli assistenziali precostituiti.

Ciò che differenzia la temporaneità dalla residenzialità permanente è, pertanto, la durata limitata della degenza e la possibilità di accedervi con priorità rispetto alla posizione in lista unica d'accesso. Si è voluto in tale modo garantire la possibilità di fruire di questo servizio anche a soggetti che altrimenti ne sarebbero stati esclusi; ad esempio coloro che non raggiungono un indice di priorità adeguato.

Ciò premesso si ipotizza di programmare un regime transitorio (dal 1/7/2007 al 31/12/2007) e un e un assetto a regime dal 1/1/2008 come segue:

fino al 31/12/2007 Individuazione e allocazione di un numero limitato di posti (max 2.5% impegnative assegnate al 31/12/2006) in alcune strutture con disponibile capacità ricettiva e idonea organizzazione, come da atto della conferenza dei sindaci del 28/3/2006.

Dal 1/1/2008 non vengono individuati e allocati posti dedicati, bensì, il cittadino titolare di impegnativa temporanea potrà utilizzarla in qualsiasi posto compatibile con il livello riconosciuto dalla UVMD sulla base del profilo SVAMA. Ciò sul presupposto che la programmazione della riqualificazione di cui alla TAB 13 (25%) sia operativa. La struttura è vincolata all'accoglimento, qualora abbia disponibilità del posto, fatte salve le motivazioni del non accoglimento già previste per gli ingressi nei posti di casa di riposo a tempo indeterminato.

Al fine di garantire, nella fase istruttoria, l'equità e l'omogeneità di accesso ai servizi nel territorio aziendale, verrà approvato, entro il 1 luglio 2007 il regolamento per 'l'utilizzo delle impegnative temporanee disciplinando in particolare:

1. criteri di eleggibilità (target o "utente tipo")
2. modalità di accesso (esclusivamente UVMD o UVMD e UVMO)
3. definizione del livello di assistenza

SOLLIEVO in posti residenziali

Tenendo conto dei vincoli e dei limiti di cui alla TAB 9 e del Piano della Domiciliarità 2007-2009 che prevede che tali tipologie di intervento si caratterizzano per il forte raccordo che presentano con il sistema della residenzialità, con il quale devono realizzare modalità di integrazione e di sinergia al fine di assicurare risposte adeguate ai bisogni delle persone tra Comuni e Aulss è stato sottoscritto un accordo di programma che recepisce le esigenze del territorio in merito al bisogno di sollievo come residenzialità temporanea per persone non autosufficienti. Con il presente piano si intende allocare l'offerta degli interventi di sollievo mettendo a disposizione del cittadino alcuni posti presso i Centri Servizi come segue:

Periodo 1/7/2007 – 31/12/2007 totale 18 posti:
Sulla base della disponibilità manifestata da parte di tutti gli Enti Gestori interpellati, in via transitoria, dal 1/7/2007 al 31/12/2007, i posti di sollievo saranno così ripartiti:

Estuario:	n. 2 posti	presso S. Maria del Mare Pellestrina
	n. 3 posti	presso Istituto C. Steeb Lido
Centro Storico:	n. 5 posti	presso fatebenefratelli Venezia
	n. 4 posti	presso SS. Giovanni e Paolo
Terraferma	n. 4 posti	presso Antica scuola dei Battuti

Il Piano prevede di arrivare anche per questi posti al riequilibrio della distribuzione territoriale.

CRITERI DI ACCESSO:
Criteri di priorità per l'accesso ai posti di sollievo
PRIORITA' 1: sollievo alle famiglie che ricorrono all'inserimento temporaneo in struttura residenziale del proprio congiunto in condizioni di non autosufficienza al fine di ridurre il rischio di effetti negativi dovuti all'emergenza "caldo" (esclusivamente periodo estivo)
PRIORITA' 2: sollievo alle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti con demenza di tipo Alzheimer o di altro tipo, che non accedono ai benefici previsti dalla LR n. 5/2001, art.40 **(ora assegno di cura)**

PRIORITA' 3: sostegno alle famiglie che assistono a domicilio un anziano non autosufficiente, nel casi in cui si realizzi una improvvisa perdita della rete famigliare.
PRIORITA' 4: sollievo alle famiglie che garantiscono al congiunto anziano non autosufficiente adeguata assistenza e buona qualità della vita.
Per quanto riguarda i criteri di accesso, devono essere esclusi:

- i pazienti con profilo autonomia 16 o17 (disturbi comportamentali)
- i pazienti con profilo di autonomia 6 (confusi deambulanti)

MODALITA' DI ACCESSO:
L'ingresso avviene a seguito di valutazione UVMD e di una graduatoria specifica sulla base dei criteri di accesso. Introduzione della quota di compartecipazione al costo del servizio per fasce di reddito, sulla base dei limiti ISEE stabiliti dalla Regione Veneto.
Eventuale introduzione di criteri di incompatibilità con l'assegno di cura. Introduzione della quota di compartecipazione al costo del servizio per fasce di reddito, sulla base dei limiti ISEE stabiliti dalla Regione Veneto.
Integrazione del Protocollo in relazione alle quote di accesso a totale carico dell'utenza.
DURATA
Massimo 30 giorni non prorogabili
La tariffa dei posti di sollievo sarà stabilita con successivi accordi tra AULSS, Comuni e Enti Gestori e sarà corrisposta per i posti residenziali effettivi occupati di cui si farà carico l'Ulss nei confronti della struttura in nome e per conto dell'utente.

POSTI DI I E POSTI DI II LIVELLO

Di seguito si evidenzia l'ipotesi di riqualificazione dei posti letto e lo spostamento graduale di nuclei di NRSA dal Lido alla terraferma. Ovviamente tale programmazione necessiterà di un periodo transitorio di 6-8 mesi che consenta l'adeguamento dell'organizzazione interna alle strutture, la verifica da parte degli Enti competenti degli standard organizzativi ed eventualmente strutturali e il naturale turn over degli ospiti presenti. In sostanza, dal 1.01.2008 si applicherà il riparto dei posti di I e di II livello come da successiva TAB 13 previa verifica dei requisiti strutturali e organizzativi previsti dalla L.R. 22/2002.

Inoltre, considerato quanto disposto dalla DGR 464/2006 in tema di NRSA e cioè che i nuclei di norma non inferiori a 24 posti possono essere inseriti in Centri Servizio di norma non inferiori a 90 e comunque non inferiori a 60 per garantire l'assistenza sanitaria nell'arco delle 24 ore.
L'ipotesi programmata contempla due casi in cui questa regola sembra non rispettata. Trattasi di due strutture (Ca' dei fiori di Quarto d'Altino e Fatebenefratelli di Venezia) che hanno in corso un piano di ristrutturazione (e quindi di aumento della capacità ricettiva).

SPECIALIZZAZIONE
Saranno individuati, d'intesa con i soggetti gestori, alcuni Centri Servizi con particolare specializzazione in aree critiche per la popolazione anziana come le malattie cardio-metaboliche, la riabilitazione geriatria, la riabilitazione mentale, la demenza senile.

TAB 13 RESIDENZIALITA' EXTRAOSPEDALIERA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
PREVISIONE QUALIFICAZIONE POSTI AL 1/1/2008

DENOMINAZIONE CENTRO SERVIZIO	SITUAZIONE AL 31/12/2006 PL autorizzati e attivi			POSTI previsti e attivi al 1/1/2008	PROPOSTA 25% su attivi al 1/1/2008		SAPA	SVP•	GRANDI STRUTTURE **	HOSPICE	RSD
	TOT	I LIVELLO	II LIVELLO	TOT	I LIVELLO	II LIVELLO					
S. Maria del Mare	105	81	24	105	79	26					
San Benedetto (ex Carlo Steeb)	188	88	100	188	141	47					
CdR San Camillo	146	75	71	99	74	25		4			11
CdR San Camillo-Stella Maris	0			90	68	22					
TOTALE VE LIDO	**439**	**244**	**195**	**482**	**362**	**120**	**0**	**4**	**0**	**0**	**11**
CdR SS Giovanni e Paolo	273	201	72	90	68	22					
CdR S. Lorenzo	61	61		180	90	30			60		
CdR Cottolengo	14	14		14	14	Il n. posti non consente attivazione nucleo ex DGR 464/2006					
Fatebenefratelli	30		30	40	30	10		4		8	10
CdR Zitelle IRE	0			90	68	22					
TOTALE CENTRO STORICO	**378**	**276**	**102**	**354**	**270**	**84**	**0**	**4**	**60**	**8**	**10**
CdR Ca' dei Fiori	20	20		20	15	5					
Anni Azzurri-Quarto d'Altino	137	137		152	114	38					
Antica Scuola dei Battuti	351	255	96	351	263	88					
Centro Nazaret	122	122		122	92	31	15			8	10
Santa Maria del Rosario	105	57	48	105	79	26					9
Anni Azzurri Favaro	150	111	39	150	113	38					
Residenza Contarini	120	96	24	120	90	30					
TOTALE TERRAFERMA	**1005**	**798**	**207**	**1020**	**1059**	**255**	**15**	**4***	**0**	**8**	**19**
TOTALE AULSS	**1811**	**1301**	**504**	**1923**	**1737**	**480**	**15**	**12**	**60**	**16**	**40**

• Ai posti SVP indicati nella tabella vanno aggiunti altri n. 4 posti allocati presso l'Ospedale Villa Salus *

** In un periodo successivo i posti di Grandi Strutture saranno così ripartiti: 40 p.letto presso Res S. Lorenzo di Venezia , 20 p.letto presso Res. Contarini di Mestre. Centri servizi afferenti al medesimo Ente Gestore (IRE Venezia). I tempi di realizzazione di questa redistribuzione territoriale saranno quelli compatibili con il piano complessivo di riorganizzazione dei posti letto che sta attuando l'IRE

Previsione relativa alla nuove strutture

(derivanti da atti, provvedimenti già in essere oppure da esiti di valutazione dalla Conferenza dei Sindaci rispetto ad eventuali nuovi insediamenti)

TAB 14 – Previsione attivazione nuove strutture

DENOMINAZIONE Centro residenziale	Tempo stimato attivazione	Cap. ricettiva totale	Provvedimento di previsione	SAPA	SVP	RSD	HOSPICE
S. Camillo/Stella Maris	Entro anno 2007	120					
San Camillo	Entro anno 2007	99			4	11	
Ire Zitelle	Entro anno 2007	90					
Villa Elena				15			8
Centro Nazaret		153				10	

Centri Diurni Socio-Sanitari.

TAB 15 – Previsione attivazione nuovi centri diurni

DENOMINAZIONE Centro diurno	Tempo stimato attivazione	Provvedimento di previsione	**Cap. ricettiva totale**	**Tot. posti autorizzati**	**SOLLIEVO**
Ire Zitelle	Entro anno 2007		20		

Per il 2007 si prevede uno studio di fattibilità, a partire da una verifica dei bisogni del territorio, al fine di valutare la miglior finalizzazione dei posti anche attraverso l'eventuale riconversione di posti di semiresidenzialità in posti letto residenziali in accordo con i soggetti gestori.

La realizzazione di progettualità innovative e sperimentali.

Secondo la DGR 457/07 la realizzazione di progettualità innovative e sperimentali deve riguardare le modalità di raccordo tra domiciliarità e residenzialità oppure la sperimentazione di nuove modalità di accoglienza. Queste azioni potranno essere realizzate attraverso l'utilizzo flessibile di impegnative di residenzialità nella misura max del 1,5% del totale assegnato. La sperimentazione inserita nel PLNA potrà essere avviata solo dopo approvazione del relativo progetto da parte della Direzione Regionale per i Servizi Sociali.

Interpretando questa parte della programmazione come un'opportunità di coinvolgimento di un numero maggiore di soggetti si è introdotto il concetto del numero di impegnative equivalenti nell'utilizzo delle quote di cui alla DGR 457/07 al paragrafo n. 7 al punto F.
In questo senso la percentuale riservata dell'1,5% pari a 30,75 verrà orientata in termini di budget equivalente tenuto conto che il valore della quota di 1° livello, per l'anno 2006 è pari a € 44,61. In tal senso, dunque:

30 quote di 1° livello x 6 mesi dal 1/7/2007 al 31/12/2007 pari a 184 gg equivalgono a € 246247,2

garantendo in questo modo un budget potenziale per l'assistibilità di 150 persone circa. Nel dettaglio all'interno di queste impegnative il piano prevede di sviluppare le seguenti azioni:

a) sperimentazione di alloggi protetti per persone fragili in perdita di autonomia;
b) sperimentazione di accoglienza flessibile diurna

presupposti per la realizzazione dei progetti sperimentali sono:

1. l'iscrizione delle persone destinatarie degli interventi nella lista di attesa per ingresso in CDR;
2. quota sanitaria equivalente di 1° livello;
3. territorio di pertinenza: quello aziendale Ulss comprensivo di tutti i Comuni dell'Aulss 12;
4. destinatari del finanziamento sono i centri servizio autorizzati;
5. dovrà essere specificato a quali voci di spesa si riferisce la quota equivalente;
6. dovranno essere stabiliti i criteri di accesso al servizio;
7. dovranno essere stabiliti i criteri per il monitoraggio dei singoli progetti assistenziali attivati;
8. dovranno essere stabilite le modalità di erogazione dei finanziamenti.

<u>a - Sperimentazione di accoglienza alloggi protetti per persone fragili in perdita di autonomia:</u>

Il sistema dei servizi utilizza gli schemi di autosufficienza e non autosufficienza, come due poli opposti. Tra i due poli esiste, tuttavia, un ampio spazio di contaminazione e di stadi intermedi che necessita di pensiero, di programmi, di servizi dedicati.
La condizione dell'essere anziani comporta necessariamente, con il trascorrere degli anni, un decadimento funzionale ed una naturale diminuzione delle capacità di autonomia nelle varie circostanze.
È in relazione a ciò che si può collocare e concretizzare la funzione dell'alloggio protetto, partendo dall'idea di offrire agli anziani "un contesto protetto" in cui poter vivere "come a casa propria" avvalendosi, però, di forme di aiuto che sostengano la persona dove "non ce la fa".
Per i dettagli si rinvia all'allegato A progetto denominato "Un'alternativa alla casa di riposo:un nuovo modello abitativo per le persone "fragili""

Il limite di impegnative assegnabili a questo progetto sperimentale è pari a 26 quote dal 1/07/2007 al 31/12/2007 per un importo complessivo di € 213.414,24;

<u>b - Sperimentazione di accoglienza flessibile diurna presso Centro Servizi San Benedetto LIDO ove non esiste risposta semiresidenziale:</u>

sperimentando una modalità di accoglienza diurna dell'ambiente della Casa di Riposo innanzitutto per familiarizzare con la struttura vista non come ospedalizzazione ma come luogo di sostegno e "seconda casa da vivere insieme"; dove le persone si conoscono: con altri soggetti portatori di medesime problematiche così da sentire una comunanza di bisogni e di risposte che possono essere coltivate anche al di fuori della struttura.

Utilizzo per questo progetto di 4 impegnative equivalenti/anno per 6 mesi dal 01/07/2007 al 31/12/2007 : Costo stimato € 32832,96
Risultati attesi: n. 8/10 persone
Tempi ingresso Casa di riposo (posticipati)

Il CED si rivolge agli anziani che per giustificato motivo non riescono a mantenere il proprio domicilio come luogo di Vita e chiedono di entrare in casa di Riposo. A tale scopo il CED si propone come sostegno all'entrata in Casa di Riposo, vista come l'ultima opportunità di scelta ma non come l'ultima possibilità di vita.

Va inteso che la realizzazione delle progettualità innovative sarà finanziata con i fondi dedicati al rimborso delle impegnative di residenzialità concretizzandone un uso flessibile.
Pertanto la disponibilità complessiva del numero di impegnative spendibile al 31/12/2007, al netto di quelli utilizzate per progettualità sperimentali, ammonta a 2020.

Per i dettagli si rinvia all'allegato B progetto denominato "Progetto CED Centro di Educazione Domiciliare"

PIANO LOCALE NON AUTOSUFFICIENZA

ALLEGATO A:

UN' ALTERNATIVA ALLA CASA DI RIPOSO:
UN NUOVO MODELLO ABITATIVO PER LE PERSONE "FRAGILI"

Un'alternativa alla casa di riposo:
un nuovo modello abitativo per le persone "fragili"

Ente proponente	Comune di Venezia
Recapito Indirizzo e-mail Telefono fax	
Responsabile	
Nome Incarico Recapito	
Tipologia del progetto	Residenzialità persone fragili con particolare riferimento agli anziani.
Ambito/Settore e area di intervento	Settore socio sanitario, Area anziani
Legislazione di riferimento	L. 328/00, Piano Sanitario Nazionale, Decreto 229/'99 e successive modificazioni.
Riferimento al Piano Sociale Regionale	Piano Socio Sanitario Regionale Legge n. 5/96, Leggi finanziarie regionali.
Riferimento ai Piani di Zona	DGR 3856/'04 DGR 39/'06 DGR 3979/'99 DGR 394/'07 - Allegato A DGR 457/'07 DGR PdZ
Enti co-promotori del progetto	Comune di Venezia, Azienda ULSS Centri Servizi: IRE, Antica Scuola dei Battuti, Opera S.Maria della Carità Fondazione "don Vecchi" ATER

Obiettivi generali	
1 Analisi del contesto generale	Gli indici più significativi dell'invecchiamento della popolazione, compreso il numero degli anziani soli ultrasettantacinquenni, sono compresi nel Piano di Zona; così pure brevi valutazioni sociodemografiche. L'incremento qualitativo e quantitativo della domanda di assistenza sollecita l'adozione di strategie di intervento adeguate al bisogno espresso. Pertanto la flessibilità degli interventi, la razionalizzazione delle risorse e la sostenibilità economica degli stessi rappresentano finalità e obiettivi di risultato che qualificano l'azione dei Comuni e delle Aziende ULSS nella predisposizione del Piano Locale della non autosufficienza, nel rispetto della Programmazione Regionale. Gli obiettivi strategici: equità, accessibilità, trasparenza e sostenibilità finanziaria sono perseguibili utilizzando il "metodo di coordinamento aperto", le sinergie degli Enti e delle Agenzie interessate, attraverso il quale diffondere le migliori pratiche e conseguire una maggiore convergenza verso gli obiettivi prefissati a partire da una comune cultura. Pensare l'anziano in perdita di autonomia come soggetto e soggettività al di fuori dei luoghi comuni e degli stereotipi, significa mantenerlo in primo piano; infatti, lo sfondo, costituito dai contesti di vita e dal sistema delle offerte, non può mai prevaricare la persona. Ne consegue che "il pensare" non procede per sequenze necessitate o poste in progressione lineare, ma secondo una composizione che richiama forme di pensiero produttivo. "La trasformazione burocratica dei servizi alla persona e la loro condizione irrispettosa di volontà e libertà (sul versante di chi riceve e di chi fornisce il servizio) ha tolto al sistema la possibilità di porsi interrogativi sul senso complessivo di quanto si viene facendo. Molti servizi per le persone fragili sono diventati "muri silenziosi" nei quali chi vi abita è privo di qualsiasi capacità di scelta e chi vi lavora è altrettanto privo di ogni capacità di indirizzo".

	Gli interventi diretti alla cura delle persone fragili devono essere caratterizzati a partire dalla loro programmazione e gestione dall'attenzione alla normalità di vita. "Ogni uomo ha diritto al rispetto e alla conservazione il più a lungo possibile dei propri ritmi, senza dover cedere a nessuno, servizio o persona, il diritto di stravolgere completamente lo stile di vita in cambio di una procedura assistenziale." Il sistema deve promuovere sviluppo civile, coesione, solidarietà sociale, relazioni di aiuto, di esercizio dei diritti della persona, un sapere rivedibile che si incontra con una realtà che non è mai stabile. La post modernità obbliga a rispettare le persone, la loro dignità nelle diverse espressioni che il tempo lungo della vita continua a moltiplicare, e ancora obbliga alla ricostruzione dei legami tra le persone, poiché tutto ciò che favorisce la coesione sociale contribuisce alla speranza di vita. Nello stesso tempo il senso del limite rifiuta la medicina onnipotente e promuove la ricerca di una sintesi della medicina della evidenza con la vicinanza alla persona tutta, unica possibilità per un presente senza disumane dicotomie.
2 Fattori peculiari su cui si intende intervenire con il presente progetto	Il fattore peculiare su cui si intende intervenire è la fragilità. Il termine fragilità esprime una condizione di ridotte funzionalità e ridotta capacità di resistenza allo stress. Riferita all'anziano indica una rottura dell'equilibrio tra stabilità dei processi età - dipendenti e mutamenti indotti dal tempo; la condizione di fragilità modula la qualità e la durata della vita. Fragilità: qualcosa si rompe, ma qualsiasi definizione sulla fragilità dell'uomo si scontra con la difficoltà deficitaria, concorrendo a tale formulazione un insieme articolato e diverso di condizioni e/o variabili. La fragilità non è comunque un concetto clinico, ma è caratterizzata dalla coesistenza di fattori che hanno a che fare con l'ambito psico-sociale. Fragilità si accompagna spesso a disabilità, rischio di perdita dell'autosufficienza, cronicità.
3 Area territoriale interessata	Comune di Venezia
4 Obiettivi prioritari	Individuare la fragilità come categoria nella continuità assistenziale.

	Il sistema dei servizi utilizza gli schemi di autosufficienza e non autosufficienza, come due poli opposti. Tra i due poli esiste un ampio spazio di contaminazione che necessita di pensiero, di programmi, di servizi dedicati. La condizione dell'essere anziani comporta necessariamente, con il trascorrere degli anni, un decadimento funzionale ed una naturale diminuzione delle capacità di autonomia nelle varie circostanze. È in relazione a ciò che si può collocare e concretizzare la funzione dell'alloggio protetto, partendo dall'idea di offrire agli anziani "un contesto protetto" in cui poter vivere "come a casa propria" avvalendosi, però, di forme di aiuto che sostengano la persona dove "non ce la fa".
5 Obiettivi specifici	Articolare il sistema della residenzialità. Accreditare nelle politiche sociosanitarie della residenza gli alloggi protetti. Assicurare un'offerta che consenta agli anziani fragili forme di assistenza "leggere" ancorché nell'ambito della continuità assistenziale, evitando risposte improprie (casa di riposo) ad alto costo, inadeguate in quanto generatrici di dipendenza. "Gli alloggi protetti sono strutture assistenziali a carattere residenziale, di dimensioni ridotte, … per anziani che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà o per i quali non sia possibile la permanenza nel proprio nucleo familiare o nel proprio alloggio". "Tali residenze vengono definite come alloggi con servizi che tuttavia consentono alla persona di avere una propria indipendenza. Le strutture abitative sono di solito contigue, realizzate secondo criteri di fruibilità degli spazi ed elevata sicurezza ambientale, dotate di portierato, utilizzano sistemi di controllo e teleassistenza. Esse forniscono una serie di servizi di base e consentono alle persone sole, quando manca il network familiare, di avere comunque una vita indipendente. Per aumentare il livello di sicurezza e di servizio, tali strutture possono essere posizionate accanto a strutture socio-sanitarie come i centri diurni oppure alle sedi dei servizi territoriali"; può comunque esistere una gamma

	variegata di possibilità interpretative, che non si escludono, ma che anzi arricchiscono la rosa di possibilità e valorizzano le sfumature.
6 Obiettivi parziali (progetto pluriennale)	1. Inserire ed integrare nel processo che coinvolge una pluralità di figure assistenziali e sociosanitarie, l'assistente familiare come soggetto accreditato. 2. Aumentare l'autoriproduzione sociale del singolo e della comunità di riferimento. 3. Promuovere la partecipazione attiva dei soggetti in ciò che li riguarda.
Destinatari del progetto	La persona fragile laddove il termine fragilità esprime un condizione di ridotte funzionalità e ridotta capacità di resistenza allo stress. Riferita all'anziano indica una rottura dell'equilibrio tra stabilità dei processi età - dipendenti e mutamenti indotti dal tempo; la condizione di fragilità modula la qualità e la durata della vita.
1 fascia di età	Anziani ultrasettantacinquenni soli o con rete assente o debole.
2 tipologia di svantaggio	Una persona anziana in condizioni di "fragilità" con i problemi fisiologici tipici dell'età avanzata, in lieve perdita di autonomia di ordine fisico, ambientale o sociale. Una persona che presenta problematiche di tipo socio-sanitario e si trova, a seconda dei casi, in situazione di difficoltà familiare, economica o abitativa.
3 criteri e modalità per l'individuazione degli utenti	Residenti nel Comune di Venezia, età e condizione di fragilità rilevabile dalla scheda SVAMA dalla quale si evincono i criteri di valutazione e di priorità: 1. Criterio <u>dell'isolamento della persona</u>: per esempio, anziano solo privo di parenti stretti – anziani, privi di figli, in coppia di cui uno ultraottantenne o inabile – coppie di anziani o singoli in situazione di fragilità parzialmente compensata dalla rete formale ed informale; 2. Criterio della <u>valutazione sociale</u> complessiva: per esempio, situazione di emarginazione sociale personale e familiare – situazione di disagio personale o familiare di media gravità – situazione di fragilità parzialmente

	compensata dalla rete formale ed informale; 3. Criterio della situazione economica: per esempio fissando dei livelli economici di riferimento (ISEE). 4. Criterio della condizione abitativa precedente: per esempio, totalmente inadeguata – gravemente inadeguata – parzialmente inadeguata 5. Criterio della condizione di salute e del livello di autonomia: per esempio, condizione di dipendenza minima – condizione di dipendenza moderata – condizione di dipendenza alta (la condizione di dipendenza da determinare rispondendo a questa domanda: quali attività, il soggetto, non riesce a compiere in piena autonomia).
Modalità di accesso	Autorizzazione della UVMD.
Contenuti dell'azione	Offrire delle forme di supporto differenziate, all'interno di un contesto di alloggio protetto, è intrinsecamente legato alla possibilità di "costruire insieme alla persona" il progetto di intervento. Valorizzazione delle differenze. Forme di protezione, di promozione, di supporto.
Aspetti innovativi	La coprogettazione della struttura tipo, la contrattualità, la libera scelta anche attraverso l'accordo di accoglimento. Modularità nel percorso assistenziale attraverso tipologie differenziate di alloggi protetti. Attivazione del portierato sociale.
Modalità di attuazione	Assicurare le funzioni essenziali di raccordo di supporto di sostegno e di orientamento. Gestione delle funzioni assicurate tramite il sistema della domiciliarità con particolare riferimento al servizio ADI, agli assegni di cura, attraverso l'utilizzo di quote equivalenti così come individuate dalla DGR 457/2007 al paragrafo n. 7 al punto F.

Integrazione con le politiche del territorio e ricadute previste	Rafforzamento della scelta della domiciliarità e, attraverso la mobilità, l'accesso alla vita comunitaria, il mantenimento delle relazioni e dei punti di riferimento e delle abitudini. L'autodeterminazione e la progettazione del proprio quotidiano promuovono l'autonomia e il benessere della persona e allontanano il vivere se stessi come soggetti dipendenti e il ricorso a quanto attiene a questo mondo, con particolare riferimento alla Casa di riposo. Di tale residenza è utile piuttosto pensare un utilizzo flessibile giorno/notte a carattere temporaneo.
Eventuali collegamenti (di integrazione, coordinamento, prosecuzione) **con altri progetti, iniziative**	Integrazione e coordinamento con il progetto di apertura al territorio dei Centri Servizi che si connotano come erogatori di una molteplicità di servizi. Collegamento con il progetto di utilizzo della figura di assistente familiare in una pluralità di luoghi anche collettivi nella dimensione di servizio. Collaborazione con ATER e EdilVenezia attraverso il progetto di alloggi cablati. Progetti reti associative: • Vetrina del Volontariato • Spazio Mestre solidale • La Finestra della Solidarietà • Associazione Insieme Favaro
Risorse impiegate	
1 Economiche	Il limite di impegnative assegnabili a questo progetto sperimentale è pari a 26 quote dal 1/07/2007 al 31/12/2007 per un importo complessivo di € 213.414,24
2 Strumentali	Cablaggio degli alloggi
3 Personale	Addetto al portierato sociale: funzioni. Assistenti sociali del territorio e/o della Residenza Operatori socio sanitari Medico di medicina generale Infermiere
4 Cofinanziamenti	ATER, Fondazione don Vecchi, Centro Servizi
5 In servizi/prestazioni	Tutti i servizi generali presenti nelle Residenze e tutte le risorse previste nel Piano Locale della Domiciliarietà (DGR

	39/06)
Articolazione del progetto	
1 Durata (annuale – pluriennale)	Triennale
2 Step	Annuale
Risultati attesi	Ampliare il paniere di offerta. *Migliore qualità della vita degli anziani fragili: percezioni di benessere attraverso la somministrazione di questionari di autovalutazione compilati, se necessario, con il supporto di operatori.* *Temi:* - *il luogo di vita: valutazione tra ciò che si è perso e ciò che si è acquistato* - *consapevolezza delle caratteristiche dell'alloggio, con riferimento ai sistemi di protezione* - *i ritmi di vita;* - *valutazione sulle le preoccupazioni ridotte e mantenute* - *valutazione sulla vita di condominio: restrizioni e/o indifferenza* - *percezione sul mantenimento dell'autodeterminazione;* - *valutazione sulle relazioni ed i rapporti con l'esterno* - *senso di sicurezza in relazione al saper usare i sistemi di protezione, quando servono.* Diminuzione del ricorso a cure mediche per chi vive negli alloggi protetti rispetto anche alla propria storia di vita di "paziente": comparazione della frequenza di ricorso alle cure mediche nell'anno precedente all'inserimento in alloggio protetto, con le frequenza rilevata al termine del primo anno di permanenza negli alloggi protetti. Riduzione del numero di persone presenti nella graduatoria unica per l'inserimento in struttura residenziale.

	Riduzione della domanda impropria: basso indice di priorità e basso profilo sanitario. Attivazione e mobilitazione reti di sostegno solidale all'interno delle residenze: quantificazione del ricorso al sostegno dei vicini per i piccoli aiuti della quotidianità. Creare e rafforzare la collaborazione tra servizi: numero di protocolli/accordi. Creare e rafforzare la collaborazione tra il volontariato e/o il privato sociale: numero delle attività e iniziative.

PIANO LOCALE NON AUTOSUFFICIENZA

ALLEGATO B:

PROGETTO CED

(CENTRO DI EDUCAZIONE DOMICILIARE)

Presso Centro Servizi Carlo Steeb –San Benedetto srl Lido di Venezia

PREMESSA

Il presente progetto elaborato dalla nostra equipe, nasce da riflessioni comuni maturate negli anni in cui abbiamo potuto verificare quanto offre un CDI e un ADI alle persone anziane interessate. Innanzitutto analizzando la sigla del progetto si deduce che con le parole:

- Centro: si vuole indicare il luogo di partenza dove l'anziano si ritrova con altri anziani e con gli operatori in una casa di riposo che offre una varia gamma di strumenti assistenziali;

- Di educare: è l'ambito sociale dove interagiscono le esigenze dell'anziano e le risposte degli operatori al fine di realizzare un percorso individuale e personalizzato al mantenimento psico – fisico della persona;

- Domiciliare: studia le finalità peculiari e specifiche del progetto che consiste nell'attivare nell'anziano quelle risposte che la persona cerca nel proprio domicilio, nella propria casa.

METODOLOGIA APPLICATIVA

1.1. <u>LA CONOSCENZA INTERPERSONALE</u>

1.2. Il Centro come luogo di partenza:
- si ritrovano: nell'ambiente della Casa di Riposo innanzitutto per familiarizzare con la struttura vista non come ospedalizzazione ma come " seconda casa da vivere"
- si conoscono: con altri soggetti portatori di medesime problematiche così da sentire una comunanza di bisogni e di risposte.
- Vedono: la possibilità di implementare la loro qualità di vita con un rapporto di relazioni interpersonali anche finalizzate ai loro specifici bisogni riacquistando l'autostima sulle potenzialità.

1.3. Il Centro come luogo:
- di apprendimento: di risposte non più astratte o ipotetiche ma reali con contenuti concreti.
- di metodi: applicabili alle varie situazioni della loro vita individuale, con la scoperta di nuove possibilità per rispondere ai bisogni della propria corporeità e del proprio animo.
- di strumenti: da usare sulla propria persona e per il bene della propria vita, come responsabilità primaria condivisa però con figure professionali amiche.

1.4. Il Centro come luogo:
- di verifica costante dell'apprendimento proposto e degli strumenti messi a disposizione.

- di benefici: acquisiti nella periodicità e nella misura di percentualità con gli operatori e gli altri anziani.
- di protocolli: sulla corretta applicazione con i relativi aggiustamenti al fine di raggiungere un'ottimizzazione metodologica.

1.5. Il Centro come luogo:

- di ascolto: perché ciascuno si senta sempre al centro dell'attenzione mediante un telefono amico con l'attivazione di un numero telefonico per essere in collegamento per qualsivoglia bisogno o necessità con la conseguente ricerca di risposte riferita all'operatore professionale pertinente.
- Di sostegno psicologico: perché la fatica del vivere non sia sentita come fallimento bensì, positivamente, una gradino quotidiano per crescere.
- Di incontro: per ricorrenze, feste, momenti culturali e religiosi al fine di riconoscere che anche la Casa di Riposo è un luogo di relax a servizio della persona e dei suoi interessi.

2.0. LO SVILUPPO CONOSCITIVO

2.1. Le figure professionali educative

Lo Psicologo
Educa, a mantenere le capacità residuali acquisite nel tempo, al fine d'implementarle.

L'Assistente Sociale
Ha il compito del primo approccio e favorisce il contatto tra l'anziano e il Centro. Deve riferire all' equipe i dati acquisiti tramite una relazione sociale.

Il Medico
Acquisisce l'anamnesi di tutte le patologie pregresse e attuali e le terapie farmacologiche in essere. Prende contatti con il medico di base della persona interessata. Dà indicazioni all'equipe per un progetto sanitario-riabilitativo, al fine di seguire l'Anziano.

L'Infermiere Professionale
Verifica la corretta assunzione di terapie ed insegna il corretto uso di strumenti per la rilevazione dei parametri pressori e glicemici. Insegna una corretta igiene sanitaria del proprio corpo. Predispone la cartella infermieristica con i dati rilevati.

Il Fisioterapista
Insegna la corretta movimentazione di piccoli carichi domestici, l'attuazione di periodici esercizi di ginnastica dolce e l'applicazione di eventuali terapie fisiche prescritte dal fisiatra.

L'Animatore
Informa circa tutte le opportunità di ritrovo per feste e ricorrenze; fornisce il materiale per occupare del tempo nella propria casa. Fornisce idee per occupare al meglio la giornata, compreso lo strumento della Pet-Terapy (animali da compagnia).

L'OSS

Interviene per verificare l'igiene e l'ordine della propria casa e istruisce anche per la preparazione dei pasti: dieta equilibrata, quantità e regolarità. Verifica l'opportunità di recapitare il pasto a domicilio.

Il Personale Amministrativo
Può essere di aiuto a chiarire e indirizzare alle varie pratiche burocratiche.

Tutte queste figure concorrono alla redazione periodica del PAI (piano assistenziale individuale) che rappresenta la fotografia dello sviluppo psicofisico dell'Anziano.

3.0 LA RISPOSTA PERSONALE

3.1. L'ospite, con il bagaglio acquisito e con il sostegno della equipe, può rimanere al proprio domicilio, con maggiore sicurezza.

3.2. Strumenti di collegamento
Un numero telefonico per entrare in contatto con il CED (telefono di sostegno), che indirizzerà e inoltrerà la chiamata all'operatore desiderato. Il CED dispone di una navetta (automobile o pulmino) per recarsi al domicilio o al Centro.

3.3. Il CED fornisce una cassetta di pronto soccorso e di presidi utili, strumenti ai quali l'Anziano è stato formato al corretto utilizzo.

3.4. per una maggiore sicurezza dell'Ospite ad una richiesta d'intervento, il CED mette a disposizione un operatore professionale pertinente al bisogno richiesto.

4.0. PROPEDEUTICA ALLA CASA DI RIPOSO

4.1. Il CED si rivolge agli anziani che per giustificato motivo non riescono a mantenere il proprio domicilio come luogo di Vita e chiedono di entrare in Casa di Riposo. A tale scopo il CED si propone come sostegno ad entrare in Casa di Riposo vista non come l'ultima possibilità di vita, bensì come una nuova opportunità di vita da condividere con altri.

5.0 AMBIENTI E LOGISTICA

5.1. Sala Soggiorno: come ambiente di ritrovo con gli altri anziani e con gli operatori e anche un ambiente utilizzato per la formazione con le figure professionali.
Sala Pranzo: ambiente aperto e attiguo alla sala soggiorno.
Bagno Assistito;
Camere di riposo e per degenze temporanee.

Se il progetto è integrato alla Casa di Riposo, si possono usufruire di tutti gli ambienti comuni
(palestra, animazione, biblioteca, bar ecc.)

6.0. PREVISIONE DEI COSTI DI REALIZZAZIONE

6.1. Il costo del servizio è articolato in alcune variabili che sono :
la giornata al Centro : comprende colazione, pranzo, cena e tutti i servizi che il CED mette a disposizione per un costo giornaliero di Euro 30,00 (trenta euro).
La giornata a domicilio comprende : le telefonate di monitoraggio da parte degli operatori ad un costo fisso di Euro 10,00 (dieci euro) .
Qualora l'ospite avesse bisogno dell'intervento di un operatore specifico, il costo orario sarà di Euro 15,00 (quindici euro).
Il servizio di trasporto è quantificato in euro 0,90 (novanta centesimi di euro) al chilometro.

7.0. SINTESI DEI COSTI DEL SERVIZIO CED

7.1. Una settimana di presenza mensile al CED escluso il pernottamento € 210,00

7.2. La giornata a domicilio dell'Ospite comprensivo di monitoraggio degli Operatori € 300,00

7.3. Intervento Operatore a domicilio (1 accesso settimanale) più spese viaggio € 95,00

Pertanto il costo complessivo a carico dell'utente è quantificata in € 605,00

Qualora l'utente chiedesse eventuali servizi aggiuntivi, prospettiamo le seguenti integrazioni:

- Servizio lavanderia mensili (ritiro settimanale) € 100,00
- pasto a domicilio (escluso il trasporto 0,40 al km) € 4,50
- Assistenza notturna dalle 21:00 alle 07:00 al proprio domicilio € 100,00
- Ricovero notturno temporaneo presso il CED € 40,00