

Il Piano Locale della Domiciliarità

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

Il Piano Locale della Domiciliarità

Introduzione

Il sistema della domiciliarità si caratterizza per l'obiettivo di promuovere e tutelare la qualità della vita dei cittadini a rischio di esclusione nel loro contesto di vita, attraverso la creazione di una rete composita ed organizzata di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della persona e delle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone fragili.

In tal senso l'elaborazione di un piano locale della domiciliarità richiama la necessità di ripensare il welfare in termini di progettualità, processi, prassi, risorse e strumenti e di esplicitare modelli culturali contestualizzati attraverso una pluralità di metodologie che diventano anche indicatori di un sistema aperto e sinergico, capace di accogliere le scelte della persona ed una domanda sempre più competente, consapevole e complessa. La complessità trova fondamento a partire dal riconoscimento del soggetto come persona libera, in grado di modificare i rispettivi orizzonti temporali segnati dal contingente e dalla quotidianità. La libertà e la dignità della persona richiamano i principi di solidarietà e cittadinanza che per esprimersi richiedono appunto un sistema aperto e flessibile, rispettoso di valori dell'individuo e di una positiva convivenza.

Ciò che favorisce la coesione sociale contribuisce alla crescita della speranza di vita e diventa per questo un indicatore adeguato a misurare il livello di benessere. Il riferimento è al concetto di capitale sociale, utilizzato per esprimere la ricchezza di relazioni e di contatti che si sviluppano ai vari livelli grazie alla capacità e alla volontà degli individui di costruire uno stile che sia ispirato, appunto, alla collaborazione e alla definizione di percorsi vitali comuni.

La perdita di capitale sociale può provocare rilevanti danni a livello collettivo, sia rispetto alla vita di tutti i giorni, sia alla possibilità di vivere in salute più a lungo. Al rischio di emarginazione sociale, come è noto, sono molto interessate le persone anziane, per le quali l'appartenenza a una comunità è condizione essenziale per poter utilizzare le sue risorse ed esercitare i propri diritti. Si rende necessario quindi avviare un processo di armonizzazione a fronte di un aggravarsi dei problemi sociali, anche legati all'invecchiamento, che impone una nuova considerazione delle materie di politica sociale in termini di bisogni, tutele, diritti. Un processo che muove dal cittadino in quanto tale, dal suo sistema di diritti inalienabili costituzionalmente garantiti, secondo diritti e doveri che rafforzano modelli democratici improntati alla partecipazione. Occorre in sostanza definire un nuovo approccio per affrontare l'invecchiamento della popolazione. Un approccio integrato che affronti il problema del welfare, dell'abitare, del vivere, delle cure, dei servizi, superando il confine settoriale delle politiche sociosanitarie che fino ad oggi ha quasi sempre caratterizzato le attenzioni e gli indirizzi politici relativi alle persone anziane. In quanto espressione del diritto di cittadinanza le persone hanno infatti il diritto di invecchiare vivendo, cioè godendo di una qualità di vita che corrisponda al più alto grado di benessere possibile.

In questo senso il sistema della domiciliarità si compone di un insieme di opportunità date ai cittadini per accedere a interventi di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria, per sostenere, attraverso un sistema flessibile e personalizzato, la scelta della permanenza a domicilio delle persona in condizioni di dipendenza assistenziale.

Il modello dei servizi a rete consente di promuovere le risorse della comunità locale e le reciprocità nell'ambito della vita comunitaria. Tale dimensione richiama anche il superamento dell'opposizione tra domiciliarità e residenzialità verso un modello di continuità assistenziale che si estrinseca in livelli di tutela nella varie situazioni e che comportano l'esigenza di un legame più stretto ed equilibrato delle strutture residenziali, trasformate in centri servizi, con le varie realtà territoriali.

1. La premessa

Il Piano Locale della Domiciliarità si colloca in un sistema di welfare improntato a modelli flessibili di cure domiciliari e residenzialità a valenza abitativa, (alloggi protetti) riabilitativa e tutelare secondo percorsi assistenziali integrati tra azioni sanitarie, azioni assistenziali e misure economiche a sostegno dei nuclei familiari che si prendono cura delle situazioni di cronicità - disabilità - fragilità. Il sistema flessibile e personalizzato si articola in: a) servizi assicurati secondo i livelli uniformi ed essenziali di assistenza; b) assegni economici, c) servizi acquistati direttamente con buoni di servizio in un mercato regolamentato; d) interventi di sollievo; e) servizi e prestazioni volti ad assicurare e facilitare la mobilità ed accessibilità e caratterizzati dalla intermodalità.

Il PLD propone una integrazione operativa intesa quale erogazione contestuale di prestazioni che richiedono professionalità diverse che fanno capo od appartengono a soggetti istituzionali differenti secondo una compenetrazione tra prestazioni e servizi che possono consentire, anzi ne sono cardine indispensabile, il mantenimento ed il reinserimento nell'ambiente di vita secondo un continuum assistenziale integrato, senza il quale è impossibile tutelare adeguatamente le persone.

Il sistema della domiciliarità è parte integrante del Piano di Zona che si pone l'obiettivo della trasformazione delle residenze protette in "Centri di Servizi" erogatori di prestazioni sia di carattere residenziale che di carattere domiciliare di tipo sanitario e sociale.

2.- Lo scenario demografico dei comuni del territorio AULSS

tab 1a - Anziani over 65 soli		
	N.anziani	% su totale AULSS12
Marcon	259	1,36%
Quarto d'Altino	176	0,93%
Venezia	18.135	95,46%
Cavallino Treporti	427	2,25%
AULSS12	18.997	100,00%
		% AULSS12 su Veneto
Veneto	196.626	9,66%
Fonte: Dati Istat, Censimento della Popolazione e delle Abitazioni 2001		

Tab.1b-Totale anziani over 65 nei Comuni dell'AULSS12 (01.01.05)		
Comuni	N.	% su totale AULSS12
Venezia	68.399	92,62%
Cavallino Treporti	2.294	3,11%
Quarto d'Altino	1.353	1,83%
Marcon	1.800	2,44%
Totale AULSS12	73.846	100%

2.1- Scenario demografico Comune di Venezia al 31.12.2005 (fonte ufficio Statistica)

Tab . 2a - POPOLAZIONE RESIDENTE NEL COMUNE DI VENEZIA per fasce d'età e distretti					
classi d'età	distretto 1	distretto 2*	distretto 3	distretto 4*	totale
0-5	2.267	1.228	5231	5.250	10.481
5-9	2.102	1.164	4.551	2.563	10.380
10-14	2.019	1.091	4.117	2.403	9.630
15-19	2.137	1.159	4.120	2.321	9.737
20-24	2.193	1.163	4.512	2.403	10.271
25-29	2.832	1.530	5.986	3.037	13.385
30-34	4.048	2.064	8.110	4.443	18.665
35-39	4.548	2.215	9.168	4.980	20.911
40-44	4.603	2.364	9.748	5.317	22.032
45-49	4.231	2.004	8.401	4.527	19.163
50-54	4.180	1.979	7.442	4.086	17.687
55-59	4.538	2.283	7.900	4.336	19.057
60-64	4.725	2.408	7.649	4.305	19.087
65-69	4.707	2.234	7.602	4.535	19.078
70-74	3.912	1.854	6.592	3.726	16.084
75-79	3.531	1.703	5.972	3.044	14.250
80-84	2.883	1.309	4.700	2.126	11.018
85-89	1.568	645	2.066	943	5.222
90 e +	1.047	454	1.237	518	3.256
totale	62.066	30.852	114.447	62.036	269.401
>65	17.648	8.199	28.169	14.892	68.908
>75	9.029	4.111	13.975	6.631	33.746
% >65	28,43%	26,58%	24,61%	24,01%	25,58%
%>75	14,55%	13,32%	12,21%	10,69%	12,53%

* Il dato fa riferimento alla popolazione del Comune di Venezia

2.3 - Indicatori su Popolazione residente nel Comune di Venezia (31.12.05)

Tab.2.b

Servizi avviati 2005: 7.225 per un tot. di Utenze in carico pari a 5.835 (compreso Telesoccorso) delle quali 5.125 >65 e 4.495 >75. Se si esclude chi beneficia solamente del Telesoccorso le utenze in carico sono circa 3500.

Tab.2.c

1	2	3	4	5	6	7	8
Pop. residente	Pop. anziana > 65 ANNI	Pop. anziana > 75 ANNI	Anziani soli > 75 anni	4/1	4/3	utenze >65 su > 65 residenti	utenze >75 su >75 residenti
269.401	68.908	33.746	14.260	5,29%	42,26%	7,44%	13,32%

Tab.2.d

a	b	c	d	e	f	g
2,26	0,58	0,18	0,41	0,20	1,96	0,96

Legenda Tab 2.d

a	Indice di vecchiaia = pop.>65 anni/pop.0-14 anni
b	Indice di carico sociale = pop>65 anni+pop 0-14/pop. 15 - 64
c	Indice di dipendenza giovanile = pop. 0-14/pop. 15-64
d	Indice di dipendenza senile = pop.>65/pop. 15-64
e	Indice di dipendenza senile allargata = pop.>75/pop. 15-64
f	Indice di ricambio = pop. 60-64/pop. 15-19
g	Rapporto 3^/4^ età = pop.>75/pop. 65-74

Tab.2.e Target persone in perdita di autonomia	5% della popolazione >6 anni corrisponde al target persone in perdita di autonomia dei quali 75% sono gli anziani potenziali (fonte cnel)
Target	9.319,99
Utenza	Circa 3500 pari al 37%

Tab.2.f Target persone che potrebbero ricorrere a sostegni economici	il 44% del 4% (intesa come popolazione che assiste a domicilio una persona in perdita di autonomia) potrebbe ricorrere ad un sostegno economico (fonte cnel)
Target	4.741,45
Utenza	Circa 2000 sostegni erogati pari al 42%

3. Finalità e obiettivi

Il Piano Locale per la Domiciliarità persegue l'obiettivo di rendere esigibili i diritti dei cittadini nello stesso esplicitati, individuandone forme e modalità.

Definisce le modalità operative per l'attuazione a livello locale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e di assistenza sociale degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza, nel rispetto delle indicazioni fornite dallo Stato e dalla Regione.

La finalità del PLD è la promozione e la tutela della qualità di vita dei cittadini in situazione di fragilità, in particolare delle persone che rischiano l'esclusione da un contesto familiare. Tale finalità viene perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composta ed organizzativamente ordinata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e delle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone fragili.

Il PLD è strumento per la domiciliarità, finalizzato a rendere il mantenimento della persona non autosufficiente in famiglia meno difficile, più conveniente e più soddisfacente anche sotto il profilo delle relazioni affettive intrafamiliari e delle relazioni sociali.

Il Piano Locale per la Domiciliarità esplicita le funzioni territoriali e domiciliari attivate e da attivarsi, il numero e la qualifica professionale degli operatori in riferimento alla popolazione anziana residente, le collaborazioni con il sistema della residenzialità, gli apporti e le intese con gli altri soggetti pubblici e privati del territorio.

3.1 I destinatari

Il presente Piano ha come destinatari i cittadini residenti o domiciliati nel territorio dell'Aulss 12 Veneziana.

Le politiche di sostegno della domiciliarità sono rivolte alle persone a rischio di compromissione dell'autosufficienza ovvero in condizioni di dipendenza assistenziale in quanto affette da patologie croniche e/o in condizioni di disabilità temporanea o permanente.

Gli interventi sono assicurati anche a persone domiciliate in un Comune diverso da quello di residenza, previo accordo con il Comune di provenienza. Per quanto attiene alle provvidenze economiche si applica quanto disposto in materia nell'allegato c della DGR 460/2006.

Tutti gli interventi compresi nel sistema della domiciliarità prevedono la valorizzazione e il coinvolgimento dei caregiver, ovvero di chi se ne occupa.

L'accesso agli assegni di cura e, in generale, ai contributi economici è assicurato con riferimento alla condizione economica della persona e della sua famiglia, rilevata tramite l'ISEE familiare. Per gli interventi diversi dai contributi economici, la condizione reddituale non costituisce un requisito di accesso bensì un criterio per determinare l'eventuale compartecipazione al costo del servizio.

4. I soggetti del Piano e i livelli di responsabilità

I soggetti istituzionali coinvolti nel processo programmatico e attuativo del PLD sono i Comuni e le Aziende ULSS. I soggetti del terzo settore partecipano a tale processo con le modalità stabilite dalla LR 5/1996 e dalla legge 328/2000.

L'Azienda ULSS viene individuata quale ente coordinatore del PLD con le funzioni previste dalla DGR39/06.

La gestione dei servizi previsti dal PLD è curata dagli enti che per competenza e/o accordo la esercitano.

Il processo di elaborazione del PLD è frutto del lavoro di tavoli interservizi ed interistituzionali divisi per gruppi di lavoro tematico. I materiali prodotti sono stati confrontati e condivisi dalle Direzioni Strategiche degli enti competenti con il supporto dell'Ufficio di Piano.

E' stato previsto un percorso di confronto tramite incontri pubblici che ha coinvolto il Terzo Settore, compresi gli Enti gestori dei servizi che fanno riferimento al piano, Organizzazioni Sindacali e Volontariato.

5. Lo Sportello Integrato

Lo Sportello Integrato è stato avviato a titolo sperimentale dal Comune di Venezia nel 2005. Con il Protocollo di intesa stipulato Tra Comune di Venezia e Azienda AULSS12 il 19.5.2006 è entrato a pieno titolo nel sistema della Domiciliarità. E' stato realizzato in ciascun ambito di Distretto socio-sanitario con le seguenti funzioni:

- informare: la funzione contempla la risposta a una data domanda, il sostegno all'utilizzo delle informazioni ricevute, l'orientamento verso il canale più adeguato per ottenerle, l'erogazione di prestazioni di base come il disbrigo pratiche;
- promuovere: la funzione si articola nella distribuzione di informazioni su specifici servizi (logica del servizio), sulle opportunità offerte in relazione ad aree di bisogno (logica di sistema), sulle risorse disponibili sul territorio (logica di rete);
- accompagnare: la funzione consiste in una prima analisi del caso, nell'assistenza all'utente nella fase di accesso ai servizi o, nei casi più complessi nella messa in relazione con il servizio sociale professionale o con l'UVMD, nella collaborazione con questi ultimi per l'elaborazione del progetto finalizzato prima alla presa in carico.

Oltre che nella sede del distretto socio-sanitario, le funzioni dello Sportello Integrato sono svolte presso le sedi comunali di Quarto d'Altino e di Cavallino Treporti, fino alla valutazione di fattibilità dell'attivazione di veri e propri sportelli integrati (vedi tabella seguente)

Tab. 3 - Lo sportello Integrato

Fase	Situazione esistente	Obiettivo DGR 39/06	CRITICITA'	Proposta per il PLD	Impegni per il PLD attuabili o a regime dal 1.1.2007	Azioni	Tempi
PUNTI DI ACCESSO	Con protocollo intesa in data 19 maggio 2006 è stata disciplinata l'attività dello sportello Integrato con funzione di ricondurre ad unità accessi e interventi parcellizzati	Almeno uno sportello integrato per ambito distrettuale	Restano da attivare gli sportelli presso comune di Cavallino Treporti e Marcon	Gli enti si impegnano entro il 2007 a valutare la fattibilità dell'attivazione di sportelli integrati in sedi diverse dello stesso distretto (Comune di Cavallino Treporti e Comune di Marcon)		Gli enti si impegnano entro il 2007 a valutare la fattibilità dell'attivazione di sportelli integrati in sedi diverse dello stesso di distretto (Comune di Cavallino Treporti e Comune di Marcon)	2007

FUNZIONI	Sostenere il cittadino nell'accoglimento delle seguenti richieste: ➤ invalidità civile, ➤ assegno di accompagnamento, ➤ certificazione handicap l. 104/92, l. 68/99; ➤ l'assistenza socio sanitaria domiciliare e residenziale ad anziani non autosufficienti e disabili; ➤ servizio di telesoccorso-telecontrollo ➤ assegno di cura (contributo alzheimer, badanti, legge 28/91); ➤ progetti di Vita Indipendente legge 162/98; ➤ contributo integrazione retta per strutture per anziani non autosufficienti; ➤ iscrizione ai servizi di mobilità; ➤ informazioni sui prestiti sull'onore e altri benefici economici. Informazioni e orientamento nonché distribuzione modulistica , accoglimento della domanda e inoltre ai servizi competenti	Favorire pari opportunità di accesso; ricondurre ad unità l'accesso ai servizi; semplificar e i percorsi; superare le ridondanze; funzioni di accoglienza e di supporto nell'espletamento delle pratiche	Non univocità dei punti di accesso; modulistica differenziata; mancanza di informazione completa sull'insieme delle opportunità a disposizione; impossibilità di effettuare la protocollazione della domanda	Costruire una regia unica nella varietà dei punti di accesso; uniformare la modulistica; fornire informazione completa sull'insieme delle opportunità a disposizione; superare il problema della protocollazione della domanda		Costruire una regia unica nella varietà dei punti di accesso; uniformare la modulistica; fornire informazione completa sull'insieme delle opportunità a disposizione; superare il problema della protocollazione della domanda Il riferimento al protocollo dell'Azienda ULSS è dovuto al fatto che gli sportelli unici integrati sono uffici all'interno dei Distretti socio sanitari e quindi il sistema di attribuzione del protocollo finalizzato a garantire la certezza della data di arrivo della domanda è quello dell'Azienda. La documentazione viene quindi raccolta dallo sportello e inoltrata agli uffici competenti dei comuni o dell'ulss secondo il protocollo d'intesa sottoscritto	
----------	--	---	---	---	--	--	--

ENTI GARANTI DEL FUNZION AMENTO	COMUNE DI VENEZIA per le spese di funzionamento di cui agli accordi sottoscritti tra Comune e Azienda Ulss AULSS 12 Formazione permanente a carico degli enti garanti costituendo uno staff per fornire il necessario supporto formativo richiesto			COMUNE DI VENEZIA per le spese di funzionamento di cui agli accordi sottoscritti tra Comune e Azienda Ulss AULSS 12 Formazione permanente a carico degli enti garanti costituendo uno staff per fornire il necessario supporto formativo richiesto		Rivisitare gli accordi sottoscritti	2007
---	---	--	--	---	--	-------------------------------------	------

6. Le prestazioni

L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza nell'offerta in tre aree di intervento:

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: centri diurni e ricoveri temporanei per persone in situazione di dipendenza assistenziale.

6.1 Interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia

6.1.1 - SAD - Servizio di assistenza domiciliare

I SAD sono servizi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle capacità-potenzialità che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

Il servizio di assistenza domiciliare prevede prestazioni di aiuto e sostegno alla persona attuate in forme e tipologie diverse nei comuni dell'AULSS:

- Cura della persona e dello spazio vitale: igiene personale, bagno assistito, cambio biancheria, aiuto per coricarsi e alzarsi dal letto anche con l'utilizzo di ausili, mobilitazione, assunzione pasti, controllo assunzione farmaci
- igiene ambientale in forma diretta o indiretta*;
- aiuto nel confezionamento del pasto (non tutti i comuni);
- acquisto generi alimentari e farmaci in forma diretta o indiretta*;
- accompagnamento nelle attività della vita quotidiana
- mobilità sul territorio

(* diretta: attraverso l'impiego dell'operatore socio sanitario; indiretta: mediante altri soggetti e/o modalità ad esempio volontariato o buoni servizio)

I Comuni del territorio hanno disciplinato con appositi regolamenti i criteri e le modalità di erogazione del servizio domiciliare sopra descritto.

Entro il 2007 la Conferenza dei Sindaci s'impegna a valutare l'individuazione e la condivisione di criteri omogenei per l'aggiornamento dei regolamenti delle amministrazioni comunali con particolare riferimento a:

1) requisiti di accesso

- cittadini residenti o domiciliati nei comuni del territorio;
- parziale o totale non autosufficienza in soggetti privi di adeguata assistenza da parte di familiari o ai quali necessiti integrazione dell'assistenza familiare;
- disabili certificati non autosufficienti;
- soggetti autosufficienti che, per particolari ragioni sociali e/o fisiche, si trovino in difficoltà perché privati, temporaneamente o permanentemente, della capacità di accudire decorosamente alla propria persona e all'ambiente domestico (incidenti, patologie depressive, ecc.);

2) criteri per la definizione delle priorità;

3) soglie di ISEE per l'eventuale compartecipazione al costo da parte degli utenti;

indicatori e metodi per la verifica e la valutazione dei risultati.

Il Responsabile della valutazione semplificata diretta all'assistenza domiciliare (limitatamente alla parte socio-assistenziale) è l'assistente sociale comunale.

6.1.2 ADI - Assistenza domiciliare integrata

Figure professionali diverse, sanitarie e sociali, concorrono presso il domicilio della persona alla realizzazione del progetto individuale di assistenza domiciliare integrata, che viene formulato e approvato dalla UVMD competente per territorio, a seguito di valutazione SVAMA.

Le diverse forme di ADI sono disciplinate dalla DGR n. 5273 del 29.12.1998. Specifiche tipologie di ADI sono disciplinate dalla DGR n. 2634 del 27.7.1999 sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD), dalla DGR n. 2989 del 22.9.2000 sulle cure palliative e dalla DGR n. 1384 del 14.5.2004 sull'assistenza domiciliare ventilatoria e DGR 1772 del 2004 (SIDADI).

Con riferimento all'ADI, entro il 2007 le Conferenze dei Sindaci e l'Azienda ULSS s'impegnano a disciplinare le modalità organizzative e gestionali del servizio ADI nell'ambito del PLD. Con particolare riferimento ai seguenti punti e a quanto esplicitato nella tabella seguente:

- ✓ le procedure di accesso e di valutazione
- ✓ le domande allo sportello integrato
- ✓ la valutazione UVMD e progetto integrato
- ✓ le modalità di erogazione dei servizi
- ✓ gli strumenti di verifica e valutazione degli interventi
- ✓ l'estensione del sistema SEADI del distretto 1 (sistema di controllo della congruità negli accessi delle figure interessate nell'ADI integrata)
- ✓ le risorse umane e finanziarie necessarie al conseguimento degli obiettivi.

Tab 4 - ADI 2005

ULSS	ENTE EROGATORE (Comune o altro Ente delegato)	POPOLAZIONE RESIDENTE 01.01.2005	POPOLAZIONE +65 RESIDENTE 01.01.2005	% POP SERVITA SAD 2005	OPERATORI EQUIVALENTI DEDICATI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE				TOTALE UTENTI	
					OPER. ASS. OTA/OSS	ASS. SOC.	DI CUI PER L'ADI		UTENTI SAD	ADI
							OPER. ASS. OTA/OSS	ASS. SOC.		
12	Cavallino Treporti 2005	12.360	2.230	3,59%	8,80	0,8	3,00	0,40	80	28
12	Marcon 2005	12.904	1.710	2,28%	3,06	0,25	1,80	0,17	39	24
12	Quarto d'Altino 2005	7.606	1.300	2,46%	3,00	0,33	0,69	0,16	32	5
12	Venezia 2005	271.251	67.393	3,59%	257,00	29	101,00	11,00	2.421*	571

*N.B. - Gli utenti SAD s'intendono comprensivi degli utenti ADI

Tab. 5 - Assistenza Domiciliare Integrata

Fasi	Situazione esistente	Obiettivo DGR 39/06	CRITICITA'	PROPOSTA PER IL PLD	Impegni per il PLD attuabili o a regime dal 1.1.2007	Azioni	Tempi
MODALITA' DI ACCESSO	sportello integrato solo per il Comune di Venezia	uniformare il luogo di accesso, uniformare la modulistica	punti di accesso diversi, modulistica differente	Risolvere le criticità entro il 2007		Uniformare la modulistica e coordinare le attività dei Punti di accesso	2007
VALUTAZIONE	tempi di valutazione: 10 giorni lavorativi; tempi "informali" inferiori strumento: SVAMA soggetto: UVMD	La diversa tempistica, differente per ogni tipologia di ADI, deve essere rispettata da tutti i soggetti coinvolti nella valutazione	rispetto della tempistica	adeguare le tempistiche previste dal PLD		Uniformare le tempistiche per ogni tipologia di ADI	2007
MODALITA' DI EROGAZIONE	tempi erogazione prestazione uniformi per prestazioni sanitarie (3 giorni) non del tutto uniformi per prestazioni assistenziali (Marcon, Quarto - Cavallino)	definizione degli obiettivi del progetto assistenziale, definizione delle risorse e dei compiti, individuazione del responsabile, tempi per la valutazione, tempi per erogazione della prestazione	di erogazione prestazioni da parte degli enti coinvolti non omogenee	Superare la criticità attraverso modalità organizzative diverse		Ridefinizione delle modalità organizzative tra gli enti diversi per sincronizzare l'erogazione delle prestazioni	2007
STRUMENTI DI VERIFICA	sistemi di verifica non uniformi	rilevazione omogenea delle informazioni	assenza di uniformità nella raccolta dei dati	attivazione sistema informatico aziendale		Attivazione di un sistema informatico aziendale	2007
VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	verifiche periodiche in UVMD	verifica periodica sul raggiungimento degli obiettivi	verifiche periodiche non sempre effettuate in UVMD	uniformare le modalità di verifica dell'ADI in UVMD		Definizione criteri condivisi di valutazione degli obiettivi; Realizzazione di una scheda comune di valutazione obiettivi	2007
RISORSE NECESSARIE	ADI da potenziare con particolare riferimento all'attività infermieristica.	rapporto operatore ss/utente, ufficio coordinamento logistico e amministrativo	assenza sistema informatico in rete tra enti coinvolti chiusura servizio infermieristico al pomeriggio e festivi.	attivazione di un sistema informativo in rete, incremento personale infermieristico e amministrativo		2007: Definire programmi di formazione; 2008-09: progettazione e realizzazione di un sistema informativo in rete (su modello SIGESSTER)	2007-2009

E' in atto un protocollo tra Azienda ULSS e Avapo e tra Comune di Venezia e Avapo in riferimento all'assistenza domiciliare ai malati oncologici.

6.1.3 Telesoccorso - telecontrollo

Sono collegabili al Servizio di TSO-TCO le persone a rischio sociale e/o sanitario, con particolare riferimento agli anziani. Sono collegabili anche persone di età inferiore ai 60 anni, per le quali il servizio sociale competente riconosca la presenza di una situazione a rischio sociale e/o sanitario. La richiesta va rivolta allo Sportello Integrato, che la inoltra al Comune di residenza della persona.

Tab. 6 - Telesoccorso e telecontrollo

Fasi	Situazione esistente	Obiettivo DGR 39/06	CRITICITA'	PROPOSTA PER IL PLD	Impegni per il PLD attuabili o a regime dal 1.1.2007	Azioni	Tempi
MODALITA' DI ACCESSO	Stesse modalità di accesso per tutto il territorio ULSS già presso sportelli ove esistenti	Uniformare le modalità di accesso per tutto il territorio ULSS		Vedere Tabella su sportello integrato			
VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITA'	modulo regionale; certificato medico	valutazione multidimensionale monoprofessionale	non c'è valutazione dell'assistente sociale	introduzione della valutazione dell'assistente sociale solo nei casi complessi che richiedono una pluralità di risorse ed interventi			
COMPARTECIPAZIONE ECONOMICA AL SERVIZIO	Venezia, Marcon, Cavallino-Treporti non chiedono quota compartecipazione; Quarto d'Altino sì;	I comuni hanno facoltà di chiedere compartecipazione al costo del servizio. Criteri uniformi		I comuni rinunciano alla facoltà di chiedere compartecipazione all'utenza in caso di ISEE familiare superiore a € 14.100 essendo un servizio dedicato a persone a rischio sanitario	I comuni rinunciano alla facoltà di chiedere compartecipazione all'utenza in caso di ISEE familiare superiore a € 14.100		
RISORSE NECESSARIE	La Regione sostiene tutti i costi connessi con il servizio di telesoccorso e telecontrollo.						

6.1.4 Le reti solidaristiche della comunità locale impegnate nel sostegno alla domiciliarità

Per il Comune di Venezia, le associazioni che operano nel sistema della domiciliarità con interventi domiciliari, sono prevalentemente : Auser, Auser Coop, Caritas, San Vincenzo, Asia, Avapo, Avulss, Associazione Alzheimer.

In particolare, attraverso il progetto “Ausilio”, si fornisce la spesa per i generi di prima necessità, compresi i farmaci, vengono effettuati servizi di accompagnamento e di compagnia, disbrigo pratiche burocratiche (pagamento bollette e altro), sostegno e socializzazione.

A questi si aggiungono gli interventi di sostegno da parte di gruppi legati alle realtà parrocchiali.

Medesima funzione viene svolta con il progetto “SOSTenere” avviato dal Servizio Anziani Disabili e Salute Mentale del Comune di Venezia e realizzato con i volontari di servizio civile.

Le Reti associative presenti nel territorio sono 4 e raggruppano complessivamente 120 associazioni e precisamente:

“Spazio Mestre Solidale” a Mestre, “Vetrina del volontariato e della solidarietà” a Venezia, “La finestra della solidarietà” a Lido-Pellestrina, “Associazioni insieme” a Favaro Veneto.

Le associazioni che si occupano di anziani sono circa 81 di cui: ventidue Gruppi anziani autogestiti, cinque gruppi anziani vari, quattro Università della Terza età.

Nel Comune di Quarto d’Altino è presente l’associazione “A.P.S. Circolo Anziani” che effettua accompagnamenti di anziani dal domicilio per visite mediche e terapie.

Al fine di mettere in rete le opportunità e di renderle immediatamente fruibili, il presente piano si propone di supportare queste associazioni contribuendo a migliorare la loro capacità di comunicazione coi cittadini.

Gli enti sottoscrittori del presente piano s’impegnano ad elaborare entro 2007 un protocollo che espliciti le modalità di collaborazione tra queste associazioni e i comuni e l’AULSS12.

Tab. 7 - Reti solidaristiche

Fasi	Situazione esistente	Obiettivo DGR 39/06	CRITICITA'	PROPOSTA PER IL PLD	Impegni per il PLD attuabili o a regime dal 1.1.2007	Azioni	Tempi
Reti solidaristiche	Esiste una mappa per: Venezia Cavallino - Treporti, Quarto d’Altino	Ricognizione delle associazioni e formazioni sociali	Le associazioni sono poco collegate tra loro e poco collegate con gli Enti	Migliorare la connessione delle reti comunicative ed informative; sviluppare le opportunità di collaborazione concordando con le Associazioni le modalità		elaborare entro 2007 un protocollo che espliciti le modalità di collaborazione tra Associazioni ed i comuni e l’AULSS12	2007

6.2 Interventi di sostegno economico

Gli interventi economici sono finalizzati a supportare le famiglie nelle necessità di assistenza della persona non autosufficiente, contribuendo ad evitare il ricorso precoce al ricovero definitivo e a mantenere la persona nel suo ambiente di vita e di relazione.

Gli interventi economici di supporto alle famiglie devono inserirsi nel progetto individualizzato di assistenza, in un'ottica di integrazione e di sinergia con gli altri servizi presenti nella rete.

Gli interventi economici di supporto alle famiglie si articolano in 2 tipologie, in ragione degli obiettivi perseguiti dal progetto individuale di assistenza approvato dalla UVMD:

- a) intervento temporaneo o straordinario a cura dei comuni, finalizzato ad affrontare situazioni di emergenza o di difficoltà ad assicurare la continuità dell'assistenza;
- b) assegno di cura (ex LR 28/1991, contributo badanti, LR 5/2001, ecc.) finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente. L'importo mensile dell'assegno di cura sarà determinato secondo le disposizioni della Regione Veneto.

Ai fini della erogazione dei contributi economici alle famiglie la graduatoria è unica (previa valutazione tecnica della non autosufficienza) secondo le modalità e la rete informatica messa a disposizione dalla Regione.

Gli interventi economici alle famiglie vengono erogati dagli enti di competenza, come individuati dal presente PLD previa verifica del possesso dei requisiti nel periodo considerato.

I Comuni possono integrare gli interventi economici con proprie risorse incrementando le disponibilità finanziarie rispetto a quanto assegnato con riparto regionale.

Tab. 8 - Contributi economici

Fasi	Situazione esistente	Obiettivo DGR 39/06	CRITICITA'	PROPOSTA PER IL PLD	Impegni per il PLD attuabili o a regime dal 1.1.2007	Azioni	Tempi
MODALITA' DI ACCESSO	Secondo le direttive regionali vi sono le medesime modalità di accesso per ciascuna provvidenza economica. Le schede tecniche di rilevazione sono differenziate e integrate da apposite schede/certificazioni in base a disposizioni regionali. Modalità di accesso diversificate per reddito e provvidenza.	Uniformare i requisiti di accesso e le modalità di erogazione.		Applicazione delle direttive regionali; predisporre modalità per accoglimento e protocollazione delle domande.	Le domande contributo assegni di cura vengono presentate solo agli sportelli integrati. Limite ISEE familiare € 14,100 per accesso al contributo economico (regionale)	Predisporre modalità per utilizzo protocollo unico (aulss) di registrazione domande;	2007
VALUTAZIO NE DI AMMISSIBILI TA'	Valutazione in UVMD Multiprofessionale solo per LR 5/01. Per LR 28/91: compilazione scheda tecnica da parte di Assistente Sociale e MMG.	Adeguamento alla direttiva regionale		Adeguamento alla direttiva regionale	Intervento della valutazione dell'assistente sociale nei casi più complessi per quanto riguarda assegno di cura per badanti		
GESTIONE GRADUATO RIA	Graduatoria divisa per Comuni e per tipologia di contributi ex LR 28/91 e Badanti; Unica a livello di ULSS per Contributo LR 5/01	Unica per tutto il territorio ULSS		Gestione da parte del Comune di Venezia degli aspetti amministrativi della graduatoria, anche per conto degli altri comuni		Gestione del Comune di Venezia della graduatoria per gli aspetti amministrativi anche per gli altri comuni	2007
INTEGRAZI ONE CON FONDI COMUNALI	Solo il Comune di Venezia integra con propri fondi i contributi di cui alla LR 28/91. Le verifiche della LR 28 sono	I Comuni possono integrare con risorse proprie le assegnazioni regionali		Adeguamento, ove necessario, dei regolamenti comunali con l'introduzione del limite ISEE per l'accesso ai contributi.	riconoscere a ciascuna amministrazione comunale la possibilità di integrare i contributi sulla base delle risorse disponibili.	Adeguamento dei regolamenti comunali con introduzione limiti ISEE per accesso ai	

	annuali da parte del Comune di Venezia				Eventualmente introdurre o confermare i livelli di reddito regionali	contributi coperti da finanziamento regionale. Nella revisione finalizzata a rendere omogenei i regolamenti interni degli Enti Locali per l'accesso ai contributi verrà fatto esplicito rinvio ai criteri indicati dalla regione per quanto riguarda il finanziamento regionale	
--	--	--	--	--	--	---	--

6.3 Interventi di sollievo alla famiglia

Fanno parte di questa area di intervento servizi quali i centri diurni, ma anche tutte le altre forme di offerta che nel territorio si sono diffuse sotto denominazione di accoglienza temporanea, ricoveri di sollievo, ecc.

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.

L'accordo di programma sottoscritto tra Comuni e Aulss recepisce le esigenze del territorio in merito al bisogno di sollievo come residenzialità temporanea per persone non autosufficienti e a tal fine sono stati stipulati accordi attuativi con i soggetti gestori dei Centri Servizi, tendendo in considerazione le priorità di intervento indicate dalla Regione.

Con il presente piano si intende ampliare l'offerta degli interventi di sollievo mettendo a disposizione del cittadino anche alcuni posti presso i Centri Diurni organizzati nei Centri Servizi. Inoltre, si intende destinare (per l'anno 2007) la quota di risorse che eventualmente residui dalla non assegnazione dei contributi Alzheimer del 2006 per mancanza dei requisiti di contributi Alzheimer, nonché dei disturbi del comportamento secondo le indicazioni della DGR 1858 del 13/6/2006 agli interventi di sollievo (di tipo buono servizio per accoglienza in strutture semiresidenziali/ residenziali) per persone non autosufficienti disabili adulti (DGR 3960/2001; DGR 1858/2006 allegato B).

Criteri di priorità

Le UVMD nell'autorizzare l'ingresso nei posti di sollievo dovranno rispettare le priorità indicate dalla regione del Veneto con DGR 760/2005 e cioè:

1. 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;
2. Sollievo alle famiglie che ricorrono all'inserimento temporaneo in una struttura residenziale del proprio congiunto in condizione di non autosufficienza, in particolare durante il periodo estivo, anche al fine di ridurre il rischio di effetti negativi dovuti all'emergenza "caldo";
3. Sollievo alle famiglie che garantiscono al congiunto disabile in situazione di gravità adeguata assistenza e una buona qualità della vita, eventualmente anche con l'ausilio di forme di assistenza diurna e/o residenziale temporanea, per le situazioni che non fruiscono di interventi ricompresi nel Programma Territoriale in forma di progetto personalizzato.

Durante il periodo estivo il ricorso al ricovero di sollievo deve essere prioritariamente offerto alle persone non autosufficienti che vi ricorrono al fine di ridurre il rischio di effetti negativi dovuti all'emergenza caldo in collaborazione con il Gruppo Interistituzionale "Emergenza caldo" e in ottemperanza al Protocollo operativo.

Tab. 9- Interventi di sollievo

Fasi	Situazione esistente	Obiettivo DGR 39/06	CRITICITA'	PROPOSTA PER IL PLD	Impegni per il PLD attuabili o a regime dal 1.1.2007	Azioni	Tempi
MODALITA' DI ACCESSO	Uniformi modalità di accesso tramite UVMD; disponibilità numero 10 posti residenziali autorizzati, ma non accreditati, con costo forfetario; accordo con Centro Servizi	Realizzare collaborazioni e sinergie con i Centri di Servizio	Difficoltà nella definizione di adeguate forme di coordinamento distrettuale. Sproporzione tra domanda e offerta di posti	Predisposizione di una graduatoria specifica sulla base dei criteri di accesso. Estensione della disponibilità di posti a tutto l'anno solare.			
CRITERI	Presenza di priorità	Introduzione di criteri		Scelta di indicatori per la definizione dei criteri di accessi			
COMPARTECIPAZIONE ECONOMICA AL SERVIZIO	Fruizione gratuita			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. Integrazione del Protocollo in relazione alle quote di accesso a totale carico dell'utenza.		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. Integrazione del Protocollo in relazione alle quote di accesso a totale carico dell'utenza.	2007
MODALITA' DI FINANZIAMENTO	Finanziamento regionale integrato da finanziamento Comune di Venezia per ulteriori 10 posti a carattere prevalentemente sociale			Gestione tecnica integrata Comune Venezia e Aulss nell'ambito dell'UVMD e gestione amministrativa secondo competenza			

Per quanto non ricompreso si rinvia al Piano della Residenzialità di cui alla DGR 464/06.

6.3.1 Centro Diurno Socio-sanitario

E' una struttura diurna destinata all'accoglienza, riabilitazione e recupero delle autonomie di persone non autosufficienti o con ridotta autonomia psico-fisica e relazionale che vivono nel proprio ambiente familiare.

Alle persone frequentanti i Centri diurni socio-sanitari viene riconosciuta una quota di rilievo sanitario secondo le indicazioni e le disposizioni della vigente normativa regionale.

La Conferenza dei sindaci nell'ambito del presente PLD individua i criteri che nel territorio assicurino pari opportunità di accesso, i criteri di priorità e le modalità per la predisposizione dei regolamenti comunali di integrazione della quota a carico della persona non autosufficiente.

Tab. 10 - Centri Diurni

Fasi	Situazione esistente	Obiettivo DGR 39/06	CRITICITA'	PROPOSTA PER IL PLD	Impegni per il PLD attuabili o a regime dal 1.1.2007	Azioni	Tempi
MODALITA' DI ACCESSO	uniformi tramite SVAMA	Introduzione del sollievo anche presso i Centri Diurni.	Sproporzione fra domanda e offerta di posti rispetto alla previsione regionale	Aumento della dotazione e articolazione delle tipologie anche con riferimento a periodi di sollievo.			
MODALITA' DI VALUTAZIONE	UVMD			individuazione criteri per la formazione della graduatoria,			
COMPARTECIPAZIONE ECONOMICA AL SERVIZIO	Nessuna compartecipazione economica dell'utente per Marcon e Venezia; Quarto d'Altino la quota alberghiera a carico utente;			1) Nessuna compartecipazione economica dell'utente per Marcon e Venezia; 2) Quarto d'Altino introduce una compartecipazione in base al reddito ISEE con esenzione sotto 14.100 €			

6.3.2 Progettualità sperimentali

“Il Teleconsulto Poli-Specialistico in Assistenza Domiciliare ”

il progetto concretizza una sperimentazione di migliore integrazione tra componente sociale e sanitaria dell'intervento specificatamente per i profili C e D dell'ADI. (trasporti, integrazione tra le risorse, ecc...).

L'attuale disponibilità di tecnologie diagnostiche tradizionali “portatili” e di sistemi di videocomunicazione interattiva, rendono possibile l'effettuazione di prestazioni sanitarie di qualità direttamente a domicilio, ove l'Operatore *socio sanitario* opportunamente addestrato sarà in grado di collegarsi in videoconferenza con lo Specialista e di trasferirgli i dati clinici raccolti durante la visita. Un migliore coordinamento dell'intervento domiciliare con le risorse specialistiche ospedaliere può rappresentare un importante beneficio in termini di efficienza ed efficacia del servizio reso, migliorare la qualità di vita del paziente e migliorare la qualificazione del personale sanitario coinvolto, con il risultato di evitare all'assistito costi e disagi in riferimento alla rete assistenziale familiare e alla trasferta per visite specialistiche, ogniquale sia possibile effettuare una visita a distanza (teleconsulto) di pari qualità ed efficacia. In un territorio come quello Veneziano, in cui si presentano i problemi di accessibilità ai servizi sanitari dovuti alla composizione orografica del territorio con presenza di isole dell'estuario con bassa densità di popolazione e dell'area centrale storica ad alta densità di popolazione, il trattamento e il controllo nel tempo di tali patologie si rivela economicamente gravoso: basti pensare ai problemi di trasporto per pazienti anziani, spesso con difficoltà deambulatorie ed alla disponibilità di risorse specialistiche ad effettuare visite a domicilio.

L'Operatore domiciliare (infermiere di ADI) provvederà ad effettuare la visita collegandosi con gli specialisti (ospedalieri o distrettuali) con il compendio di strumentazioni diagnostiche portatili per il rilevamento di elementi clinici quali ECG, fotografie ad alta risoluzione per analisi dermatologiche, spirometria, ossimetria transcutanea per la misurazione della frequenza cardiaca e della saturazione dell'ossigeno, glucometri portatili. Le informazioni raccolte verranno inserite nel fascicolo elettronico del paziente a cui l'operatore domiciliare accederà tramite la postazione portatile e connessioni telefoniche in banda larga (UMTS). Il fascicolo sarà il contenitore informativo condiviso da tutti i soggetti coinvolti, e inoltre li supporterà nelle attività di organizzazione delle visite.

In modalità programmata e selettiva, seguirà alla visita domiciliare un consulto a distanza in videoconferenza con lo/gli specialisti presso l'Ospedale Veneziano. Questi interagiranno con il paziente e l'operatore, consultando le informazioni nel fascicolo appena trasferite all'archivio centralizzato predisposto per la sperimentazione.

Il progetto sarà avviato a titolo sperimentale nei distretti 1 e 2

Esiti positivi della sperimentazione saranno considerati:

- Miglioramento degli indicatori specifici di disabilità e qualità della vita;
- Riduzione dei tempi medi delle consultazioni specialistiche;
- Riduzione del ricorso a visite ambulatoriali tradizionali o tramite PS da parte dei pazienti in telemedicina rispetto ai pazienti del gruppo di controllo;
- Maggiore collaborazione tra personale infermieristico e medico specialistico con effetto virtuoso sull'applicazione dei percorsi di cura.

Le risorse Regionali destinate complessivamente ammontano allo 0,5% del Fondo.

7. La Valutazione dei bisogni

7.1 Gli Strumenti

7.1.1- La UVMD

La valutazione dei bisogni sociali dell'individuo, della famiglia e della comunità locale, appartiene alle funzioni proprie dell'Ente Locale, che è chiamato a pianificare e organizzare interventi e a promuovere l'attivazione di risorse a livello di singolo Comune e, congiuntamente con gli altri Enti Locali, a livello più ampio, coincidente con il territorio dell'ULSS.

Nelle situazioni individuali complesse, che richiedono la presa in carico integrata e l'attivazione di risorse sia sociali che sanitarie, è compito dell'Ente Locale attivarsi congiuntamente con l'Azienda ULSS per effettuare la valutazione multidimensionale e multiprofessionale. In sede di UVMD (unità valutativa multidimensionale), i livelli istituzionali sono rappresentati dai professionisti che intervengono nella valutazione e che dispongono circa l'utilizzo delle risorse dell'Ente che rappresentano.

ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI	Orientamento ai diritti: rivisitazione del regolamento finalizzata a correlare la progettualità con l'effettiva disponibilità delle risorse.
-------------------------------------	--

7.1.2 Valutazione multidimensionale e multidisciplinare semplificata

Per situazioni meno complesse la valutazione multidimensionale viene condotta dai professionisti in maniera semplificata per il numero dei professionisti e le modalità di integrazione delle informazioni, che viene affidata ad un unico servizio sulla base delle informazioni raccolte e delle valutazioni effettuate dai singoli professionisti, preferibilmente utilizzando un supporto informatico.

Si effettua la valutazione multidimensionale semplificata nei seguenti casi:

- a) contributi economici a sostegno della domiciliarità;
- b) assistenza domiciliare integrata, con interventi sanitari di tipo infermieristico e con assistenza medica programmata;
- c) erogazione di "pacchetti assistenziali ADI" volti a supportare in condizioni di urgenza la permanenza a domicilio di una persona non autosufficiente (valutazione operata da assistente sociale e responsabile UVMD)

Responsabile della valutazione semplificata diretta all'erogazione di prestazioni sanitarie è il responsabile dell'UVMD.

7.1.3 Valutazione multidimensionale monoprofessionale e semplificata

Nei seguenti casi:

- a) assistenza domiciliare socio-assistenziale;
- b) interventi domiciliari volti a fornire supporto e affiancamento formativo alle persone di assistenza privata, siano esse appartenenti alla rete parentale o meno, che assistono a domicilio una o più persone non autosufficienti;
- c) telesoccorso e telecontrollo.
- d) Interventi economici.

Tab.11-UVMD							
Fasi	SITUAZIONE ATTUALE	Obiettivo dgr39	CRITICITA'	Proposta per PDL	PROPOSTA PER IL PLD ATTUABILE O A REGIME DAL 1.1.2007	Azioni	Tempi
tempi	I tempi indicati sono rispettati come interventi dei servizi di cui c'è poi ratifica in UVMD	la salute dell'utente è messa in pericolo da un ritardo nella valutazione; UVMD max entro 3 gg	Non completo rispetto dimissioni protette da tutti gli ospedali	Coinvolgimento di tutte le strutture ospedaliere accreditate per l'estensione delle dimissioni protette a tutti gli ospedali e condivisione tra Comuni e AULSS		Coinvolgimento di tutte le strutture ospedaliere accreditate per l'estensione delle dimissioni protette a tutti gli ospedali e condivisione tra Comuni e AULSS	2007/08
tempi	10 gg	dimissione protetta entro 5 gg totali	i tempi indicati sono rispettati come interventi dei servizi di cui c'è poi ratifica in UVMD	Come sopra		Come sopra	2007/08
tempi	10 gg	rete informale in difficoltà: UVMD entro 10 gg		tempi rispettati	Realizzata		
tempi		domanda di valutazione per consulenza su progetto assistenziale richiesta da una dei servizi, necessità di coordinamento tra servizi : 3 settimane		tempi rispettati	Realizzata		
tempi		domande cautelative: 8 settimane		disincentivate	Realizzata		
UVMD come presa in carico			essenzialmente autorizzativa	Gli Enti sia per mezzo della modifica del attuale regolamento UVMD che con atti di riorganizzazione si prefiggono il potenziamento del coordinamento degli operatori che a vario titolo		Gli Enti sia per mezzo della modifica del attuale regolamento UVMD che con atti di riorganizzazione si prefiggono il potenziamento del	2007

Tab.11-UVMD							
Fasi	SITUAZIONE ATTUALE	Obiettivo dgr39	CRITICITA'	Proposta per PDL	PROPOSTA PER IL PLD ATTUABILE O A REGIME DAL 1.1.2007	Azioni	Tempi
				sono coinvolti nel progetto assistenziale soprattutto per interventi che richiedono la conoscenza delle risorse disponibili a livello interdistrettuale e la concreta attivazione delle stesse		coordinamento degli operatori che a vario titolo sono coinvolti nel progetto assistenziale soprattutto per interventi che richiedono la conoscenza delle risorse disponibili a livello interdistrettuale e la concreta attivazione delle stesse	
UVMD come presa in carico				gli enti si impegnano entro l'anno 2007 anche con progetti sperimentali a coinvolgere nel coordinamento e nella gestione di servizi a supporto della domiciliarità i Centri Servizi disponibili a partecipare con risorse proprie.		Definizione di progetti atti a coinvolgere i Centri servizio nel coordinamento e nella gestione della Domiciliarità	2007
UVMD come presa in carico				percorsi di formazione e autoformazione per operatori dell'Azienda e Comuni che afferiscono al coordinamento		Progettare e realizzare percorsi di formazione e autoformazione per operatori dell'Azienda e Comuni che afferiscono al coordinamento	
UVMD come presa in carico				gli enti si impegnano entro l'anno 2007 a condividere un Sistema Informativo comune di raccolta dati accessibile anche agli sportelli unici integrati	Vedi Sistema Informativo	condividere un sistema Informativo di raccolta dati accessibile anche agli sportelli informativi	2007

Tab.11-UVMD							
Fasi	SITUAZIONE ATTUALE	Obiettivo dgr39	CRITICITA'	Proposta per PDL	PROPOSTA PER IL PLD ATTUABILE O A REGIME DAL 1.1.2007	Azioni	Tempi
RISORSE		definizione delle risorse dedicate alla UVMD		le risorse UMANE dedicate alla UVMD in fase pre istruttoria sono almeno una unità di personale in ciascuna sede di distretto con funzione di segreteria; in fase valutativa una unità di personale sanitario a seconda del caso da esaminare eventualmente affiancata dallo specialista; il MMG; Per quanto riguarda l'Ente locale partecipa alla UVMD l'assistente sociale competente per territorio.		Post UVMD è in fase di riorganizzazione il gruppo di coordinamento per l'assunzione del processo di presa in carico.	2008
CASI COMPLESSI	valutazione in sede UVMD, composizione e funzionamento secondo regolamento approvato tra Ulss e Comuni (responsabile il Direttore di distretto o delegato, composta di Ass soc comunale, MMG, specialista a seconda del caso)	casi complessi valutazione multidisciplinare con MMG, ASS SOC, specialista geriatra o infermiere o op distrettuali. Indispensabile in caso di domanda ADI, Ospitalità in struttura residenziale o Diurna per non auto, Servizi specifici o Assegni di cura per persone affette da demenza		già avviene valutazione UVMD come disciplinato da DRG 39, Necessità di rivedere e potenziare il coordinamento delle attività a supporto della UVMD per rendere più concreta la presa in carico. Conseguente modifica regolamento UVMD	già avviene valutazione UVMD come disciplinato da DRG 39	Rivedere e potenziare il coordinamento delle attività a supporto della UVMD per rendere più concreta la presa in carico. Conseguente modifica regolamento UVMD	2007

Tab.11-UVMD							
Fasi	SITUAZIONE ATTUALE	Obiettivo dgr39	CRITICITA'	Proposta per PDL	PROPOSTA PER IL PLD ATTUABILE O A REGIME DAL 1.1.2007	Azioni	Tempi
CASI MENO COMPLESSI		VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE SEMPLIFICATA RESPO UVMD e ASS SOC contributi economici a sostegno domiciliarità (escluso demenza). ADI con interventi sanitari o con assistenza medica programmata. ADI in caso di urgenza per la permanenza a domicilio			Realizzata		
CASI MENO COMPLESSI		VALUTAZIONE MONOPROFESSIONALE: Ass soc: assistenza domiciliare socioassistenziale, interventi domiciliari di supporto o affiancamento formativo alle persone di assistenza privata MMG e ASS SOC: telesoccorso, telecontrollo.	non prevista ad oggi valutazione dell'Assistente Sociale per telecontrollo telesoccorso	intervento dell'Assistente Sociale per telecontrollo e telesoccorso solo in casi complessi o a richiesta dei Servizi della rete.		Monitoraggio sugli interventi nel 2007 e verifica.	2007

Responsabile della valutazione monoprofessionale è l'assistente sociale comunale.

8. - Il sistema informativo

Gli obiettivi del sistema informativo della domiciliarità sono essenzialmente i seguenti:

- sostenere attività sportelli;
- fornire in tempo reale agli operatori le informazioni necessarie al loro compito;
- fornire ai comuni e all'AULSS i dati su risorse impegnate, attività svolte, utenti assistiti e risultati conseguiti;
- assolvere al debito informativo verso la regione;

i soggetti sottoscrittori del presente piano riassumono nella tabella sottoelencata le azioni generali da intraprendere.

Per quanto non indicato si rinvia alle azioni previste nelle schede specifiche.

Tab 12 - Il sistema informativo

Fasi	Situazione esistente	Obiettivo DGR 39/06	CRITICITA'	PROPOSTA PER IL PLD	Impegni per il PLD attuabili o a regime dal 1.1.2007	Azioni	Tempi
Sistema informativo	esiste un sistema aziendale di gestione socio sanitario territoriale dei dati ad uso dei distretti socio sanitari (SIGESSTER) in fase di sperimentazione e in alcuni Distretti; esiste Sistema Informativo locale	Condividere e potenziare il Sistema gestionale informatico in uso	Non comunicabilità tra Sistemi Informativi diversi	Accesso degli operatori dei distretti socio sanitari anche presso gli sportelli integrati al sistema gestionale territoriale dell'Azienda. Sottoscrizione di un protocollo di intesa tra enti per accesso e inserimento dati. Dotazione della attrezzatura necessaria. Sottoscrizione di un protocollo di intesa tra enti per accesso e inserimento dati. Dotazione della attrezzatura necessaria. Attivazione dell'accesso degli operatori dei distretti socio sanitari al sistema gestionale territoriale dell'azienda anche presso gli sportelli integrati.		Sottoscrizione di un protocollo di intesa tra enti per accesso e inserimento dati. Dotazione della attrezzatura necessaria. Attivazione dell'accesso degli operatori dei distretti socio sanitari al sistema gestionale territoriale dell'azienda anche presso gli sportelli integrati.	2007

9. Le metodologie

9.1 La presa in carico

La presa in carico costituisce una metodologia di intervento peculiare degli operatori sociali e sociosanitari, quale elemento fondamentale della definizione e della realizzazione di progetti individuali in un'ottica di globalità e di progetto di vita.

La presa in carico consente, mediante la valutazione delle risorse individuali della persona in perdita di autonomia, in situazione di fragilità o con disabilità, di attivare un operatore che diviene riferimento principale per la persona stessa e per la sua famiglia rispetto agli obiettivi, alle azioni e agli interventi attivati, coordinando le azioni ed interventi propri e quelli degli altri operatori e servizi, al fine di seguire e monitorare costantemente l'evoluzione della situazione personale.

La presa in carico comporta, con il sostegno delle relazioni familiari e l'attivazione coordinata delle prestazioni e dei servizi, previsti nel progetto individuale, interventi di valutazione, di consulenza, di orientamento, di raccordo con le risorse solidaristiche pubbliche e private del territorio, di informazione per l'accesso alla rete dei servizi.

Il progetto individuale definito in UVMD, Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, deve individuare l'operatore di riferimento, che rispetto alla situazione svolge la funzione di presa in carico come sopra definita.

A tal fine gli enti si impegnano affinché sia concretamente attivata una presa in carico Multidimensionale della persona, dal momento dell'accesso attraverso la raccolta della domanda agli sportelli integrati distrettuali, dove si realizza un primo ascolto dei bisogni e orientamento della domanda, al momento dell'esame del bisogno enunciato per il tramite degli operatori sociali e sanitari idonei, che in un'ottica di riorganizzazione delle modalità di lavoro dovranno costituire un supporto tecnico forte nel momento della valutazione vera e propria in UVMD e in modo semplificato nelle situazioni meno complesse.

9.2 La Formazione

I Comuni del territorio e l'Azienda ULSS si impegnano a promuovere iniziative di formazione degli operatori coinvolti nel sistema della domiciliarità (sia di enti istituzionali che degli enti pubblici e Terzo settore) al di là della collocazione istituzionale, della dipendenza giuridica secondo una visione che tiene conto delle buone prassi piuttosto che alla gerarchia delle funzioni:

- la cultura della domiciliarità
- il comune concetto di "presa in carico"
- la condivisione etica della qualità dei servizi e nel rapporto con il cittadino
- lavoro di equipe
 - o conoscere la propria professionalità
 - o costruire un progetto comune
 - o accettare ed entrare nell'ottica del lavoro di equipe
 - o condividere i propri valori e le proprie competenze
- lavoro di rete
- la valorizzazione del ruolo dei singoli operatori come accrescimento della possibilità di ottenere risultati collettivi superiori al prodotto individuale
- la relazione di assistenza
- la capacità di assumere responsabilità
- la capacità di assumere rischi
- sistemi di management di qualità
- il coinvolgimento del cittadino e delle sue reti come soggetti attivi attraverso il contratto.

10. I risultati attesi

I risultati attesi con l'attuazione del presente Piano sono:

- 1) semplificazione delle procedure di accesso ai Servizi Sociosanitari territoriali tramite la messa a regime degli sportelli integrati;
- 2) diminuzione dei tempi di risposta all'utenza tramite sistema informativo integrato;
- 3) razionalizzazione ed estensione dei percorsi di dimissione protetta con incremento del numero dimissioni protette sul totale dimissioni ospedaliere suscettibili di dimissione protetta (almeno + 20% vs totale 2006);
- 4) garanzia del mantenimento del volume di servizi e prestazioni erogati nell'ambito dei servizi di pertinenza nell'anno 2006;
- 5) creazione di un sistema informativo di monitoraggio dell'attività degli sportelli integrati;
- 6) registrazione informativa di almeno il 50% dell'attività di sportello integrato;
- 7) adozione di sistemi integrati di gestione dell'ADI tra ambito sanitario e sociale;
- 8) allineamento dei tempi di risposta e presa in carico agli standard dichiarati in certificazione ISO dagli ambiti sanitari e sociali;
- 9) estensione dell'attivazione del telecontrollo e telesoccorso agli ambiti territoriali attualmente scoperti;
- 10) realizzazione di un protocollo di collaborazione tra Comuni, Associazioni e AULSS12 in materia di reti solidaristiche;
- 11) ampliamento dell'offerta residenziale ed avvio dell'offerta semiresidenziale dei posti di "sollevio";
- 12) avvio di un sistema di teleconsulto specialistico domiciliare in pazienti in ADI;
- 13) avvio di percorsi formativi congiunti inerenti le tematiche del piano (formazione all'uso degli strumenti informativi, il lavoro di equipe e la costruzione di idonei progetti comuni).

11. Le Risorse

Gli enti sottoscrittori del presente PLD s'impegnano a destinare la quota residua del 1%, destinata all'AULSS, per rafforzare l'integrazione socio sanitaria nella prestazione di assistenza domiciliare integrata che si concretizza nello sfruttare le potenzialità della cartella multidimensionale a domicilio dell'utente anche con la formazione all'uso degli strumenti informatici (es. palmare) da parte degli operatori coinvolti e nello sperimentare nuove forme di integrazione socio-sanitaria con l'obiettivo di migliorare il S.I. di quest'area volte a ridurre il rapporto costo/opportunità e costo/beneficio.

Inoltre, gli stessi soggetti si impegnano a definire in tempi brevi, quanto previsto in materia dalla delibera della Conferenza dei Sindaci del 18.07.03 per quanto attiene all'ADI e ogni altro accordo oltre a quanto previsto e contenuto nel presente piano.

12. La promozione

Le politiche di promozione della domiciliarità si fondano in una visione unitaria dei bisogni e delle esigenze delle persone in genere anziane, che va oltre la rete dei servizi, e che prende in considerazione le dimensioni del vivere quotidiano: abitare, muoversi, divertirsi, fare sport, mantenersi in buona salute, curarsi, fruire di cultura, socializzare e mantenere relazioni sociali significative, viaggiare, vivere in sicurezza, utilizzare le nuove tecnologie. A titolo esemplificativo, fanno parte delle politiche di promozione della domiciliarità il sostegno alle associazioni di anziani, i centri diurni di tipo sociale, i soggiorni climatici e le attività motorie per le persone autosufficienti.

Tab. 13 a - Le attività di promozione della Domiciliarità	
Venezia	Vedi tabelle seguenti (13.b)
Marcon	L'organizzazione di soggiorni climatici presso località montane e marine per persone ultra sessantacinquenni con compartecipazione alla spesa sulla base del reddito ISEE; - erogazione dei contributi regionali (L.28/91 e Badanti, L.5/01); - contributi economici alle associazioni territoriali di anziani, e di volontariato in genere;
Cavallino Treporti	Organizzazione dei soggiorni climatici (solitamente viene scelta una località di montagna e una termale). Trasporto speciale previsto sia per le persone anziane che per i disabili. Viene utilizzato dalle persone anziane solitamente per accompagnamenti presso gli ospedali, il distretto socio-sanitario, centri riabilitativi presenti sia nel territorio comunale che nei comuni limitrofi (Jesolo, San Donà di Piave). Dal 30/08/06 è stato aperto il CENTRO SOCIALE POLIVALENTE. Tra le finalità attribuite al Centro ci sono: la promozione di attività che favoriscono la socialità, l'aggregazione, la formazione delle persone anziane, con particolare riferimento ed attenzione alle situazioni di isolamento e marginalità legate anche alle caratteristiche geomorfologiche del territorio. Valorizzazione della capacità di espressione della cittadinanza attiva delle persone anziane, anche nell'ambito delle relazioni di solidarietà e "mutuo-aiuto". Promozione di iniziative e servizi che favoriscono l'interazione e lo scambio intergenerazionale.
Quarto d'Altino	Il comune organizza i soggiorni climatici prevedendo un contributo da erogare agli anziani su base ISEE. Vengono organizzati due turni di cui uno in località montana e uno in località marina. - erogazione dei contributi regionali (L.28/91 e Badanti, L.5/01); - Il comune eroga a favore degli anziani un contributo per la partecipazione a corsi di attività motoria - Il circolo anziani, tramite volontari fornisce un servizio di accompagnamento per persone anziane prive di una rete familiare di supporto che devono effettuare visite specialistiche, analisi, terapie ecc., ad integrazione delle prestazioni erogate nell'ambito del SAD comunale.

Tab.13 b - Comune di Venezia Schede sintetiche dei progetti di promozione della domiciliarità

Nome Progetto	“CARTA DIAMANTE”
Soggetti coinvolti	Servizio Statistica e ricerca Politiche sociali, Partecipative e dell'accoglienza
Ambito territoriale	COMUNE DI VENEZIA
Destinatari	Persone residenti ultra 65 anni
Accesso al progetto/servizio	Uffici protocollo abilitati del Comune in collaborazione con l'ufficio statistica
Sintesi	Obiettivo: sviluppare politiche di agevolazione dei prezzi di beni e servizi primari con l'obiettivo di promuovere forme di autonomie personali
Il progetto è un'attività consolidata del servizio o dei partner?	Si. Viene attivata la risorsa da parte dei servizi territoriali Per i cittadini in carico.
Riferimenti a delibere, protocolli, ecc...	D.G.C 580 del 18.11.2004
Riferimenti per informazioni	Ufficio Statistica tel 041-2405113

Nome Progetto	“Reti associative”
Soggetti coinvolti	Osservatorio Politiche di Welfare ; Municipalità di Venezia, Mestre Carpenedo, Favaro, Lido Pellestrina; IRE- istituzioni di ricovero ed educazione
Ambito territoriale	COMUNE DI VENEZIA
Destinatari del progetto	Cittadini del territorio veneziano
Accesso al progetto/servizio	Associazioni insieme Favaro;Vetrina del volontariato Venezia; La finestra della solidarietà Lido Pellestrina; Spazio Mestre solidale; Associazioni “Associazione insieme”
Sintesi	Favorire uno sviluppo di competenze sempre maggiori da parte delle organizzazioni che dovrebbero favorire una maggiore partecipazione alla vita sociale e decisionale del territorio.
Il progetto è un'attività consolidata del servizio o dei partner?	Si Esempio: La vetrina del volontariato è attiva dal 2001 e collabora attivamente anche con i servizi istituzionali.
Riferimenti per informazioni	Osservatorio Politiche di Welfare e le quattro reti associative

Nome Progetto	Ondata di calore
Soggetti coinvolti	Comune di Venezia, Uffici di protezione civile, politiche sociali, Ulss 12 servizio igiene sanità pubblica
Ambito territoriale	Comune di Venezia
Destinatari del progetto	Persone ultra 65 anni.
Accesso al progetto/servizio	Servizi sociali, protezione civile, ulss.
Sintesi	Azioni di prevenzione promozione pianificando gli opportuni e necessari adattamenti che consentono di fronteggiare le situazioni di disagio.
Il progetto è un'attività consolidata del servizio o dei partner?	Si Piano di risposta agli effetti sulla salute delle ondate di calore su indicazioni del Ministero degli Interni
Riferimenti a delibere, protocolli, ecc...	Disposizioni ministeriali e protocollo di intesa Comune Ulss
Riferimenti per informazioni	Urp Comune e Ulss, servizi del territorio sociali e sanitari del territorio ecc...
Altro	Coinvolgimento delle Municipalità per la messa a disposizione di Centri Anziani climatizzati

Nome Progetto	“Centri Soggiorno”
Soggetti coinvolti:	Istituzione centri soggiorno
Ambito territoriale	Comune di Venezia
Destinatari del progetto	Anziani autosufficienti
Accesso al progetto/servizio	Presso uffici dell’istituzione centri soggiorno di Mestre Venezia
Sintesi	Offrire un periodo di svago promuovendo la socializzazione per le persone anziane, la vita di relazione nella vita sociale e familiare.
Il progetto è un'attività consolidata del servizio o dei partner?	Il progetto viene svolto da almeno 20 anni
Riferimenti a delibere, protocolli, ecc...	Delibera n° 32 del 14.02.1997 e determina n° 13 del 7.02.2006
Riferimenti per informazioni	Municipalità centri anziani auto gestiti

Nome Progetto	"Tessere agevolate"
Soggetti coinvolti	ACTV Comune di Venezia
Ambito territoriale	Comune di Venezia
Destinatari del progetto	Anziani e disabili
Accesso al progetto/servizio	Attraverso lo Sportello Integrato
Sintesi	Esenzione costo abbonamento mezzi pubblici di trasporto per la persona con disabilità e per il suo accompagnatore
Il progetto è un'attività consolidata del servizio o dei partner?	si
Riferimenti a delibere, protocolli, ecc...	Determina del Dirigenten.1521 del 7/6/2006

Nome Progetto	"Centri Anziani autogestiti"
Soggetti coinvolti	I gruppi di anziani del territorio
Ambito territoriale	Comune di Venezia
Destinatari del progetto	Anziani autosufficienti
Accesso al progetto/servizio	Presso i vari centri auto gestiti presenti nel territorio terraferma centro storico e isole (circa 20 centri)
Sintesi	Offrire un periodo di svago promuovendo la socializzazione per le persone anziane, potenziare l'utilizzo delle autonomie personali per migliorare le capacità di relazione, di partecipazione attiva e integrazione sociale nello sport e nel tempo libero.
Il progetto è un'attività consolidata del servizio o dei partner?	Alcuni centri presentano una grossa affluenza e sono punto di riferimento nel nostro territorio da molti anni.
Riferimenti a delibere, protocolli, ecc...	Le Municipalità sono dotate di propri atti
Riferimenti per informazioni	I centri stessi e le associazioni di volontariato che vi accedono, i servizi territoriali.

13. Dotazione di personale

Per quanto riguarda la dotazione di personale assegnato alle funzioni sociali comunali, nelle more delle indicazioni che potranno derivare dalla nuova programmazione socio-sanitaria, si riporta la dotazione degli operatori messi a disposizione per la non autosufficienza.

TaB 14 Dotazione operatori dei Comuni per funzioni sociali

Comune	Popolazione al 31.12.04	N° As. Soc attuale	N° O.S.S attuale
Venezia	271.251	90*	259
Quarto d'Altino	7.606	1	2
Marcon	12.904	2	5
Cavallino Treporti	12.360	2	8.80

* Per il Comune di Venezia il numero complessivo di assistenti sociali equivalenti è di 90 unità di cui 29 dell'Area Anziani e Disabili sia per la domiciliarità che per la residenzialità dei quali 18,85 (pari al 65%) operano nell'ambito della domiciliarità e 10,15 (pari al 35%) nell'ambito della residenzialità.

14. Riparto percentuale delle risorse finanziarie regionali

La presente proposta è valida solo per l'anno 2007, per gli anni 2008 e 2009 si procederà all'adeguamento in base ad una verifica e riformulazione da parte della Conferenza dei Sindaci.

Tab.15 - PIANO LOCALE DOMICILIARITA': Ripartizione fondo per attività									
Attività	Simulazione della ripartizione prevista su Fondi anno 06	Enti Competenti: Proposta per il PLD	Proposta Ripartizione Fondo Regionale			Fondi propri dei Comuni			
			% Quota Fondo Reg.	Ripartizione tra i comuni della quota		VENEZIA (Bilancio 06)	MARCON (Bilancio 06)	CAVALLINO TREPORTI (Bilancio 05)	QUARTO D'ALTINO (Bilancio 06)
FUNZIONE DI SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE		TUTTI I COMUNI	FUORI FONDO			1.076.000	1 Ass. Soc. 36 ore settiman. 29.409,12	17.800,00	39.211,00
ATTIVITA' DI PROMOZIONE DELLA DOMICILIARITA'		TUTTI I COMUNI	FUORI FONDO			Soggiorni climatici anziani 449.238,88	Soggiorni climatici anziani 45.800,00	Soggiorni climatici anziani 40.000,00	Soggiorni climatici 10.139,00; Contributo per attività motoria anziani 2.500,00
ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE ADI	1.408.000	TUTTI I COMUNI	32%	Venezia	94,12	8.167.050	SAD 138.000,00-ADI 15.683,61	300.000,00	71.000,00
				Marcon	1,11				
				Cavallino Treporti	3,68				
				Quarto d'Altino	1,09				
ASSISTENZA DOMICILIARE ADI*		AULSS	FUORI FONDO			3.158.900*			
ASSEGNI DI CURA	2.552.000	TUTTI I COMUNI	58%	Venezia	87,79	1.170.000	L.28 56.053,57 acconto badanti 7.244,49	30.127,00	7.000,00 Badanti 47.000,00 L.R.28
				Marcon	4,0				
				Cavallino Treporti	7,19				
				Quarto d'Altino	1,03				
CONTRIBUTI STRAORDINARI e TEMPORANEI		TUTTI I COMUNI	FUORI FONDO			30.000	interventi L.8/86 4.000,00	18.000,00	32.000,00
INTERVENTI DI SOLLIEVO	308.000	AULSS TRAMITE SPORTELLO INTEGRATO	7%	Da integrare con risorse residue come previsto da DGR 1858/2006		Max costo annuo 292.000	NP	NP	NP
Reti solidali	22.000	TUTTI I COMUNI	0,5%			2.000,00	NP	NP	NP
Progetti sperimentali	22.000	TUTTI I COMUNI	0,5%	AULSS12		211.120	NP	NP	NP
Formazione	44.000	TUTTI I COMUNI	1%			NP	NP	NP	NP
Quota residua	44.000	AULSS12	1%			-	-	-	-

* dato anno 2005 comprensivo di personale (70 unità) materiale sanitario, altro materiale e relativo all'assistenza domiciliare sanitaria e integrata con sociale

NP= non previsti fondi specifici