

**Conferenza dei Sindaci  
del “Veneto Orientale”**

**Azienda Socio Sanitaria Locale n 10  
“ Veneto Orientale”**

**PIANO LOCALE  
PER LE PERSONE IN  
CONDIZIONE DI NON  
AUTOSUFFICIENZA  
(PIANO DELLA RESIDENZIALITÀ)**

**triennio 2007/2009**

## **Indice**

<b>Introduzione /Presentazione</b>	<b>pag 3</b>
<b>1- Analisi del fenomeno della non autosufficienza.</b>	<b>Pag 7</b>
<b>2- Gli obiettivi generali.</b>	<b>pag 10</b>
<b>3- I criteri guida del Piano</b>	<b>pag 11</b>
<b>4. I profili strategici del Piano</b>	<b>pag 15</b>
<b>5- Azioni Progettuali</b>	<b>pag 17</b>
<b>6- La promozione dei centri socio sanitari diurni</b>	<b>pag 19</b>
<b>7- La Residenzialità</b>	<b>pag 19</b>
<b>8- Le azioni di qualificazione</b>	<b>pag 27</b>
<b>9 - Fabbisogno Finanziario</b>	<b>pag 31</b>
<b>10 - Rendiconti gestionali e finanziari.</b>	<b>Pag 32</b>
<b>11 - La Valutazione</b>	<b>pag 33</b>
<b>APPENDICE</b>	<b>pag 33</b>

# **L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA ALLE PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

## **Introduzione**

### **1-Presentazione**

Il presente Piano Locale per la Non Autosufficienza individua obiettivi, strategie, azioni e risorse al fine di organizzare appropriate risposte ai bisogni sanitari, socio sanitari e sociali delle persone non autosufficienti, in età adulta e anziana, in attuazione delle linee guida emanate dalla Regione del Veneto con la DGR 464 del 28 febbraio 2006 e con le successive deliberazioni n 394 del 28 febbraio 2007 e n 457 del 27 febbraio 2007.

Per la sua caratteristica programmatica e progettuale, il Presente Piano è parte integrante del Piano di Zona dei Servizi Sociali del Veneto Orientale per il triennio 2007-2009 ed è funzionalmente collegato con il Piano Locale della Domiciliarità e con il Piano Locale della Disabilità, approvati dalla Conferenza dei Sindaci nelle sedute rispettivamente del 11 ottobre 2006 e del 20 dicembre 2006 e recepiti dal Direttore Generale dell'ULSS 10 con deliberazione n 668 del 22 dic. 2006 (Piano locale della Domiciliarità) e n 669 del 22 dic. 2006 (Piano Locale della Disabilità).

### **2- La funzione del piano.**

La persona in condizione di non autosufficienza, in età adulta o anziana, esprime bisogni complessi che richiedono interventi appropriati, continuativi e di rilevante intensità, di natura sanitaria, socio sanitaria e sociale.

La risposta a tali situazioni di complessità impegna i Servizi Socio Sanitari in un'azione composita, integrata e continuativa, che valorizzando le potenzialità della persona e della famiglia, consentano di realizzare le forme di intervento rispondenti ai bisogni specifici.

In tale prospettiva, il presente piano, nel quadro delle linee guida tracciate dalla Regione con la DGR 464 del 28 febbraio 2006 e con le successive deliberazioni 394/2007 e 457/2007, persegue precisi obiettivi ed attiva specifiche funzioni, con l'intento prioritario di aumentare l'efficienza del sistema dei servizi socio sanitari e sociali, promuovendo, in particolare, l'innovazione e la qualificazione degli interventi.

Obiettivi e funzioni che impegnano le Istituzioni competenti (ULSS e Comuni) e coinvolgono, in una visione integrata, le formazioni sociali della solidarietà, attive nel territorio.

Ai destinatari primi degli interventi, le persone in condizione di non autosufficienza e le rispettive famiglie, il presente Piano prospetta, in via prioritaria, interventi finalizzati ad assicurare adeguate condizioni di salute e le migliori opportunità di vita, nel tessuto delle relazioni familiari e sociali. La famiglia è interlocutore primo nella individuazione dei bisogni globali e nella definizione ed organizzazione dei processi assistenziali. In tale contesto, la valutazione strutturata del bisogno e l'adeguatezza del sistema delle risposte assumono anche valenza strategica per assicurare i migliori livelli di qualità di vita alle persone non autosufficienti.

Nella prospettiva della qualità, il Piano assume l'innovazione di strategie, obiettivi e forme di intervento attraverso la promozione del metodo del dialogo tra le diverse componenti impegnate nel garantire salute, sicurezza e benessere; un dialogo che realizzi, nei fatti,

l'integrazione tra gli attori, intesa come intenzionale disponibilità di tutti a mettere a disposizione responsabilità, saperi ed esperienze per conseguire obiettivi condivisi.

Riveste particolare interesse, il perfezionamento delle strategie comunicative (ascolto, accompagnamento) nelle modalità progettuali (progetto individualizzato) e nei processi operativi (presa in carico) nel complesso dei servizi.

Un'attenzione particolare è riservata, infine, ai processi programmatori della residenzialità allo scopo di adeguare l'offerta alla domanda, non solo sotto un profilo meramente quantitativo, misurabile in numero di posti letto disponibili, ma anche con riferimento alla possibilità di qualificare l'offerta di residenzialità, in relazione ai bisogni delle persone e delle famiglie e alle più generali linee di intervento della domiciliarità.

### **3- I processi di formazione**

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

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

Le linee strategiche della Non Autosufficienza e della Residenzialità sono state formulate dal Gruppo Guida, avuto riguardo alle specifiche direttive regionali. La formulazione del documento "Piano Locale della Non autosufficienza" è stata proposta al Gruppo Guida dal Gruppo di Lavoro di Area Specifica.

Gli incontri di lavoro anno avuto la seguente scansione:

- a) valutazione delle risultanze del Piano di Zona dei servizi Sociali per il triennio 2003/2005;
- b) analisi del gruppo tecnico di area specifica delle linee guida regionali di cui alla DGRV n 464/06; n394/07 e n 457/07;
- c) formulazione di indirizzi da parte del Gruppo Guida;
- d) stesura del Piano Locale della Non Autosufficienza da parte del Gruppo di Lavoro di area specifica (anziani) per la proposizione finale alla Conferenza dei Sindaci da parte del Gruppo Guida.

Nello specifico il presente Piano è il risultato dell'apporto convergente del Gruppo di Lavoro di area specifica che ha operato in relazione alle indicazioni di priorità formulate dal Gruppo Guida del Piano di Zona secondo la seguente scansione temporale:

- 6 luglio 2006: il Gruppo Guida per l'avvio complessivo della nuova programmazione del Piano di Zona 2007/2009;
- 14 settembre 2006: incontro del Gruppo di Lavoro di area specifica (anziani) per conclusione dei lavori della Domiciliarità con riferimento alle connessioni alle persone in condizioni di non autosufficienza (anziani e disabili);
- 21 settembre : Gruppo Guida per l'elaborazione del Piano Locale della Domiciliarità con i riferimenti alle tematiche relative alle persone in condizione di non autosufficienza;

- 18 ottobre: incontro del Gruppo Guida per la definizione delle priorità relative agli interventi per le persone in condizione di non autosufficienza;
- 9 novembre : incontro del Gruppo Guida per la definizione delle priorità relative alle persone con disabilità, comprese le persone in condizione di gravità;
- 21 febbraio 2007: incontro del Gruppo di Lavoro di area specifica (anziani) per l'analisi della bozza del Piano Locale della Non autosufficienza;
- 14 marzo 2007: incontro del Gruppo Guida del Piano di Zona per l'analisi e per la predisposizione del documento finale del Piano Locale per le persone in condizione di non autosufficienza, da sottoporre alla approvazione della Conferenza dei Sindaci.

#### **4- Gli attori: funzioni, ruoli, compiti.**

In attuazione degli indirizzi di cui alle linee guida regionali ( DGR 464 del 28 febbraio 2006), la funzione programmatica e gestionale di interventi e di processi della residenzialità, è di competenza dei Comuni, della Conferenza dei Sindaci, dell'ULSS, che operano con il coinvolgimento degli Enti gestori dei Centri della residenzialità e delle soggettività del privato sociale.

##### **4.1. I Comuni**

I Comuni concorrono, con le modalità previste per l'elaborazione del Piano di Zona, alla predisposizione del Piano Locale per la non Autosufficienza con lo scopo di far convergere il sistema della domiciliarità con quello della residenzialità.

Il Servizio Sociale professionale di ciascun Comune, concorre alla attuazione dei processi di valutazione del bisogno delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, alla definizione dei percorsi assistenziali appropriati ed alla presa in carico, secondo le modalità previste dalla UVMD.

La Conferenza dei Sindaci adegua gli strumenti di programmazione ( attivazione di nuovi posti e allocazione degli stessi rispetto alla distribuzione territoriale della domanda) di cui al presente piano, con riferimento all'andamento della domanda e ai vincoli programmatori della Regione. La stessa Conferenza dei Sindaci approva il Piano Locale per la Non Autosufficienza predisposto dall'Azienda ULSS, secondo le modalità previste per il Piano di Zona.

##### **4.2 . L'ULSS**

L'ULSS predispone il Piano Locale della non Autosufficienza con riguardo alle esigenze assistenziali del territorio, alle risorse disponibili e alle linee guida regionali.

In particolare l'ULSS:

- recepisce il Piano Locale della Non Autosufficienza dopo l'approvazione della Conferenza dei Sindaci;
- provvede a realizzare, nell'ambito territoriale di competenza, le azioni individuate nel Piano Locale della Non Autosufficienza svolgendo, anche, funzione di coordinamento e di promozione ai fini della integrazione delle azioni specifiche con le previsioni del Piano locale della Domiciliarità;
- aggiorna gli strumenti di progettazione (piano individualizzato) e di valutazione della condizione di non autosufficienza (SVAMA) e di funzionamento dell'UVMD;
- gestisce il registro unico della residenzialità in conformità alle linee guida emanate dalla Regione;

- assicura la gestione delle impegnative di residenzialità, in conformità alle indicazioni del registro unico, di cui al presente Piano ;
- assicura l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie agli ospiti non autosufficienti di Centri di Servizio della residenzialità autorizzati all'esercizio, in conformità agli atti convenzionali e regolamentari che regolano il rapporto dell'ULSS con i medesimi Centri di Servizio;
- definisce intese con i Centri di Servizio della residenzialità per la gestione delle forme di residenzialità temporanea e della residenzialità di sollievo;
- svolge attività di monitoraggio sulla domanda, accerta, periodicamente, la permanenza degli standard strutturali, organizzativi e tecnologici nei Centri di Servizio della residenzialità e rileva i livelli di retta praticati da ciascun Centro, controllandone i dati di supporto;
- vigila, anche con la collaborazione delle Unità Operative Cure Primarie del Distretto, in ordine alla completa realizzazione delle indicazioni del presente Piano;
- assicura il trasferimento dei dati di andamento della residenzialità alla Regione.

### **4.3 I Centri di Servizio della residenzialità**

- collaborano con l'Azienda nei processi di qualificazione dei posti in relazione all'andamento della domanda e assicurano il mantenimento degli standard strutturali, organizzativi e tecnologici dei servizi della residenzialità;
- cooperano con l'ULSS e con i Comuni per la gestione integrata di processi assistenziali a favore di persone non autosufficienti assistite a domicilio;
- predispongono servizi di accoglienza semiresidenziale muniti di servizi di trasporto, come previsto nel Piano Locale della Domiciliarità;
- aggiornano la carta dei servizi in conformità alle linee di indirizzo del presente piano;
- propongono alla ULSS progetti finalizzati ad attivare modelli assistenziali innovativi e meglio rispondenti alle aspettative degli ospiti e delle famiglie;
- assicurano e favoriscono la partecipazione delle famiglie alla vita interna del Centro di servizio di residenzialità;
- favoriscono la partecipazione di organizzazioni del volontariato nella realizzazione di progetti di qualificazione della vita interna dei Centri di servizio.

### **4.4. Le formazioni solidaristiche**

L'Azienda ULSS coordina, d'intesa anche con i Comuni, le forme della partecipazione delle formazioni solidaristiche alla programmazione, alla realizzazione degli interventi e alla valutazione dei risultati, al fine di concorrere a migliorare la qualità della vita alle persone non autosufficienti assistite in casa (domiciliarità) o nei Centri della Residenzialità.

# **Piano Locale per l'assistenza socio sanitaria alle persone non autosufficienti**

## **1- Analisi del fenomeno della non autosufficienza.**

La persona in condizione non autosufficienza esprime elevati e continuati bisogni di natura sanitaria ( cura e riabilitazione), assistenziali ( aiuto nello svolgimento della funzioni quotidiane della vita) e di sicurezza sociale.

Adeguate forme di risposta ai bisogni di non autosufficienza richiedono, innanzitutto, la capacità di valutare i bisogni stessi nelle loro forme espressive ed evolutive e, conseguentemente, la possibilità di attivare programmi mirati ed integrati, dedicando risorse adeguate (umane, finanziarie e strutturali).

I processi di intervento si fondano sul presupposto di una rete familiare strutturata, di comunità locali aperte alla solidarietà, di servizi domiciliari efficienti e flessibili e, infine, di una adeguata dotazione, a livello territoriale, di strutture di residenzialità.

Il presente Piano orienta e organizza le risorse in relazione alla dimensione quantitativa e qualitativa del bisogno assistenziale del territorio.

La locuzione “non autosufficienza” è riferibile ad una molteplicità di situazioni soggettive differenti per eziologia, tutte accomunate dalla condizione soggettiva di dipendenza nella assistenza e nella cura personale.

In attesa di attivare processi di indagine finalizzati a rilevare l'incidenza delle forme di non autosufficienza sulla popolazione (impegno che rientra negli obiettivi del presente Piano), il fenomeno della non autosufficienza viene considerato in riferimento alla domanda di assistenza, espressa dalle persone interessate e dalle famiglie.

### **1.1. I caratteri della domanda**

In linea generale le famiglie, con congiunti non autosufficienti, sono orientate a preferire soluzioni di tipo domiciliare, esprimendo una precisa volontà di investire, a questo scopo, le risorse disponibili (tempo, organizzazione familiare, risorse finanziarie). Un comportamento che rivela, nei fatti, due circostanze significative: da un lato, la presenza di solidi vincoli familiari, dall'altro, la consapevolezza della presenza di un sistema di servizi e di supporti, a livello territoriale, cui fare affidamento.

Le famiglie, in coerenza con l'orientamento sopra evidenziato, esprimono un modesto interesse verso la soluzione di residenzialità. La lista delle domande in attesa è composta da circa 150 persone; una quantità decisamente contenuta rispetto ai parametri assunti dalla Regione per determinare il fabbisogno territoriale di posti letto e di impegnative. Anche la mobilità “passiva” (attualmente 23 famiglie hanno scelto un Centro servizi esterno al territorio del Veneto Orientale) conferma la volontà ad assistere direttamente il proprio congiunto.

I supporti economici regionali ( assegno di cura a partire dal 2007 in sostituzione dei contributi ex L. R. 28/91 e badanti; le formule sollievo; i contributi per le demenze), integrati da interventi economici dei Comuni e, soprattutto, la disponibilità di servizi a domicilio concorrono a rinforzare l'orientamento delle famiglie ad attivare processi assistenziali in casa.

Anche le famiglie che non accedono ai benefici economici regionali o comunali tendono a privilegiare la strada della gestione autonoma dei processi assistenziali del congiunto.

In linea generale, le famiglie chiedono, in via prioritaria, servizi ed integrazioni economiche; contestualmente domandano anche supporti informativi circa la natura della patologia sottostante e

sulle più efficaci strategie per la gestione dei rapporti con il congiunto assistito (soprattutto se demente); richiedono anche sostegni di ordine psicologico per contenere lo stress derivato dalla onerosità della attività assistenziale. Nel quadro dei possibili interventi a sostegno della domiciliarità, allo stato appare minore il ricorso delle famiglie verso il Centro Diurno Socio Sanitario, la cui funzione prioritaria è proprio quella di garantire importanti supporti alle famiglie. E' necessario capire le ragioni che determinano un siffatto orientamento che comunque sembra riconducibile al concorso di fattori di natura organizzativa (il servizio di trasporto, la trasportabilità della persona assistita, i limiti di orario), economica ( l'onere di retta appare alla famiglia non conveniente). La scarsa conoscenza delle potenzialità del servizio e la presenza di pregiudizi concorrono a rendere critico l'avvicinamento delle famiglie al Centro Diurno.

Le famiglie preferiscono, dunque, organizzare l'assistenza direttamente o ricorrendo a prestazioni di persone di assistenza (badanti) che garantiscono maggiore linearità e continuità nei processi assistenziali. E' significativo rilevare che le famiglie si fanno carico della assistenza anche di situazioni complesse e onerose, quali quelle rappresentate da un congiunto in condizione di demenza con gravi comportamenti.

Il ricorso alla residenzialità, di breve o di lungo periodo, è effettuato, di norma, solo nelle situazioni di particolari complessità assistenziali o a fronte della inadeguatezza della rete familiare a sostenere il peso di un logorante processo assistenziale.

## 1.2 La domanda di assistenza

I livelli quantitativi del bisogno assistenziale della domiciliarità e della residenzialità sono ricavabili dalla dimensione di interventi operati dai Comuni e dall'ULSS:

- a) **persone assistite a domicilio.** Nel 2005 le persone anziane assistite a domicilio mediante interventi di ADI/SAD sono circa 2000, ( circa l'1% della popolazione).
- b) **i beneficiari di contributi economici** ( ex L.R. 28/91 e contributi bandanti e contributi demenze). Nel 2006, le famiglie con contributi ex L.R. 28/91 sono state 965; 167 le famiglie che hanno utilizzato i Badanti; mentre 116 le famiglie che hanno beneficiato dei contributi per le demenze;
- c) **persone (famiglie) che hanno beneficiato della formula "solievo"**. Nel 2005 il numero di sollievi attuato ha interessato 47 famiglie per complessive 1935 giornate di ospitalità, registrando una crescita quasi doppia rispetto all'anno precedente;
- d) **persone non autosufficienti ospiti di strutture residenziali** per accoglienza di lungo periodo (627 nel 2006);
- e) **persone in mobilità:** secondo i dati regionali, la mobilità passiva registra 23 unità, mentre quella attiva ne evidenzia 18.
- f) **persone (famiglia) in lista d'attesa per la residenzialità.** La lista d'attesa non risulta particolarmente numerosa (vedi ultra scheda 2) se si considera la modesta disponibilità di posti letto. Ancora una volta l'efficacia dei servizi domiciliari sembra rappresentare una garanzia per le famiglie che si fanno carico della gestione diretta dei processi assistenziali;
- g) **persone collegate con il telesoccorso/telecontrollo.** Nel 2005, il 90 % del totale (1005) dei collegamenti attivi riguarda persone con limitata autonomia (906) e solo il 3 % (32) persone in condizione di non autosufficienza.

## 1.3. I Bisogni emergenti

Le esperienze sviluppate negli anni (con i piani di zona del triennio 1998/2000 e del triennio 2003/2005) nel Veneto Orientale consentono di focalizzare l'attenzione, prioritaria, su alcune tipologie di bisogno maggiormente avvertite nel contesto culturale e sociale delle comunità locali.



1- **La salute e il benessere personale** che comportano non solo la garanzia di cure mediche e di interventi di riabilitazione finalizzati a mantenere la funzionalità fisica e impedire il decadimento globale della persona ma anche la ricerca della qualità della vita compatibile con la situazione soggettiva ed ambientale;

2- **i supporti alla famiglia** impegnata nella assistenza di un proprio congiunto in casa. Tali supporti consistono in interventi di natura economica o nella fornitura di servizi a domicilio. L'attività di assistenza in casa può comportare elevati rischi di stress nelle persone direttamente impegnate nella assistenza e forti squilibri nell'assetto organizzativo e relazionale dei componenti la famiglia. Per contrastare il consolidarsi di tali evenienze la famiglia richiede anche supporti di natura psicologica e una precisa azione di accompagnamento nell'affrontare le incognite di patologie non comuni;

3- **la protezione e la sicurezza** di persone che vivono una situazione di particolare complessità assistenziale determinata dal concorso di forme patologiche che richiedono costante vigilanza (demenza accompagnata da gravi comportamenti) in contesti abitativi e di rete parentale inadeguati.

Il presente Piano delinea l'intero assetto progettuale e programmatico in riferimento ai bisogni sopra delineati.

#### **1.4. L'assetto organizzativo dei servizi territoriali.**

Il sistema dei servizi rivolti alle persone in condizione di non autosufficienza, attivo nel territorio, sviluppa un complesso di interventi in relazione ai bisogni espressi:

- 1- la tutela della salute sia nelle situazioni di domiciliarità che in quelle di residenzialità garantita dal concorso integrato del Medico di medicina Generale e dai servizi distrettuali (cure primarie).
- 2- interventi per la domiciliarità che ricomprendono interventi economici (assegno di cura) e l'erogazione di prestazioni assistenziali a domicilio. Le prestazioni a domicilio, nella formula del SAD e dell'ADI, sono consolidati nell'assetto programmatico ed organizzativo del territorio e sono resi in forma integrata e coordinata tra i Distretti Socio Sanitari e i Servizi Sociali comunali. In tutti i Comuni del Veneto Orientale è attivo il servizio di assistenza domiciliare. Particolarmente apprezzata dalle famiglie la formula "sollievo" (alla cui realizzazione vengono destinate tutte le risorse disponibili) che consente al nucleo familiare e, in particolare al *careghiver*, di ritrovare le necessarie risorse per garantire il processo assistenziale. Il Centro diurno rimane un riferimento importante per alcune famiglie (una decina). Tra le prestazioni della domiciliarità, in attuazione del Piano di Zona 2003-2005 sono stati attivati interventi di sostegno psicologico alle famiglie, in particolare, al *careghiver* e alle "Badanti".
- 3- interventi per la residenzialità.

L'offerta attiva di residenzialità nel Veneto Orientale, in atto, consta di 7 strutture di accoglienza per persone non autosufficienti per complessivi 640 posti letto autorizzati. (vedi oltre tabella 1 in appendice).

Le impegnative di residenzialità disponibili sono suddivise come segue:

- 535 impegnative di intensità assistenziale di ridotta minima;

- 72 impegnative di residenzialità di intensità assistenziale di livello medio
- 10 impegnative di SAPA
- 10 impegnative di S.V.P.

Tutte le domande di accesso ai servizi territoriali e residenziali sono valutate dalla UVMD mediante l'utilizzo della scheda SVAMA, la definizione del progetto individualizzato e l'individuazione di un Referente del progetto.

L'ingresso della persona in struttura residenziale è autorizzato dalla ULSS, mediante il rilascio delle impegnative di residenzialità, in conformità al Registro Unico della Residenzialità nell'osservanza delle direttive di cui alla DGRV 456 del 28 febbraio 2007.

La tutela della salute degli ospiti nei centri della residenzialità del Veneto Orientale è assicurata dalla ULSS nei termini definiti da apposita convenzione.

Il territorio registra una considerevole carenza di posti letto. Una carenza evidenziata già dalla Regione con la DGR 751/2000 e dalle successive determinazioni regionali del fabbisogno territoriale. Un programma di investimenti, già attivato con i Piani di Zona 1998/2000 e 2003/2005 e ripreso con il presente piano (vedi tabella 4 in appendice), è destinato a colmare, nel tempo, tale carenza.

## **2- Gli obiettivi generali.**

### **2.1 Obiettivi di sistema**

- uniformità territoriale nella programmazione e nell'offerta di servizi e di prestazioni della domiciliarità e della residenzialità, in una visione integrata e sinergica al fine di garantire livelli essenziali di assistenza socio sanitaria (LEA) e i livelli essenziali di assistenza sociale (sicurezza; vita di relazione; benessere individuale e familiare);
- attivazione di una rete comunicativa tra Istituzioni (Comuni e ULSS) e soggetti pubblici e privati (Ipab, associazioni, imprese, volontariato e terzo settore...), impegnati nella erogazione di servizi e di prestazioni domiciliari e residenziali a favore di persone non autosufficienti, al fine di potenziare e ottimizzare le risorse disponibili e conferire efficienza ed efficacia all'insieme degli interventi;
- accessibilità facilitata al sistema da parte dei cittadini, delle loro famiglie e delle formazioni sociali a carattere solidaristico.

### **2.2. Obiettivi di organizzazione (modelli gestionali)**

- aggiornamento ed integrazione di strumenti regolativi che consentano di mettere in relazione funzionale le differenti componenti sanitarie, socio sanitarie e sociali nella realizzazione convergente di un sistema di risposte integrate, appropriate e flessibili a favore delle persone in condizione di non autosufficienza;
- formalizzazione di procedure per la presa in carico, la presa in cura e l'accompagnamento delle persone in condizione di non autosufficienza nei processi di protezione della salute e di ricerca delle condizioni di benessere della persona assistita e della sua famiglia;
- ricerca della qualità delle prestazioni e sviluppo della pratica della valutazione costante sulla capacità del sistema ad aderire, in modo adeguato e flessibile, ai bisogni assistenziali delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie.

## **2.3.Obiettivi di programmazione**

- Individuazione e allocazione delle risorse necessarie per realizzare un sistema integrato e dinamico di risposte ai bisogni delle persone in condizione di non autosufficienza, in riferimento al fabbisogno accertato;
- adeguamento dell'offerta di servizi integrati della domiciliarità e della residenzialità secondo il criterio della flessibilità, della diversificazione dei percorsi assistenziali e della risposta il più possibile vicina al centro di interesse della persona e della famiglia (territorializzazione).

## **3- I criteri guida del Piano**

### **3.1. Continuità e sviluppo**

Il presente Piano si colloca sulla scia degli obiettivi e delle azioni che hanno caratterizzato sia il primo Piano di Zona dei Servizi Sociali (triennio 1998/2000) che il secondo (triennio 2003/2005) .

I risultati conseguiti con la citata programmazione locale hanno consentito di consolidare un assetto organizzativo dei servizi (socio-sanitari e sociali) e di strutture che assicurano, nell'insieme, risposte ai bisogni posti dalle persone in condizioni di non autosufficienza in modo tempestivo e appropriato.

Sussistono ancora spazi di sviluppo, non solo nella adeguatezza quantitativa delle risposte assistenziali, ma anche nelle strategie da adottare per la qualificazione delle forme di intervento ai fini della qualità degli interventi. Sviluppo nella continuità, quindi, non solo come adeguamento quantitativo alla domanda di servizi, ma anche come accentuazione della dimensione qualitativa nelle dinamiche comunicative e operative tra la domanda, nelle sue forme evolutive, e la capacità di dare risposte aderenti alla domanda stessa.

In particolare, prospettive di sviluppo si aprono in relazione alla necessaria inclusione, nei processi della domiciliarità, del sistema della residenzialità; prospettive che assumono valenza innovativa nelle strategie di valutazione del bisogno, all'insegna della integrazione dinamica tra le diverse componenti del sistema dei servizi (sanitari, socio sanitari e sociali), della capacità dei servizi stessi di prendere in carico le situazioni e di accompagnare, in forma individualizzata, la persona assistita e la sua famiglia, nei processi assistenziali individuati.

Il complesso della residenzialità, ancora inadeguata sul piano quantitativo, è chiamato ad una maggiore apertura al territorio nel senso della disponibilità dei Centri della Residenzialità ad entrare in rete con i servizi della Domiciliarità anche mediante l'offerta di servizi "extramurali" gestiti in forma integrata con i servizi socio-sanitari dell'ULSS e sociali dei Comuni.

In questo ambito, in particolare, il presente Piano sostituisce l'obsoleta denominazione di "casa di riposo" con " Centro di Servizio" intendendo favorire il superamento definitivo dell'idea, non positiva, che caratterizza ancora l'immaginario collettivo nei confronti di queste strutture e aprire prospettive di una dinamica interazione con l'intero sistema della Domiciliarità, di cui allo specifico Piano Locale della Domiciliarità.

### **3.2.Domiciliarità e Residenzialità: un sistema unitario**

Nel territorio del Veneto Orientale si registra, da tempo, una evidente tendenza ad un avvicinamento funzionale tra il sistema dei servizi territoriali (domiciliarità) e il complesso

delle strutture della residenzialità. Un processo, dovuto, in particolare, agli interventi di “sollevio” e di pronta accoglienza che hanno consentito di aprire canali comunicativi più intensi tra i Centri di Servizio Residenziale e i servizi della domiciliarità.

Il presente Piano intende accentuare il processo di integrazione dei due ambiti operativi verso la costituzione di un modello operativo integrato, capace di offrire percorsi assistenziali unitari, adeguati ai bisogni delle persone e delle famiglie. Tale orientamento è stato assunto come obiettivo specifico nel Piano Locale della Domiciliarità per il triennio 2007/2009.

In tale prospettiva, l'ULSS, coinvolgendo i servizi sociali comunali, provvede ad aggiornare sia gli strumenti regolamentari della UVMD (in attuazione delle linee guida regionali) sia gli accordi in atto, al fine di conferire maggiore efficacia alla gestione unitaria dei percorsi assistenziali e dei servizi rivolti alle situazioni di non autosufficienza.

Gli ambiti per i quali è possibile adottare progetti integrati tra domiciliarità e residenzialità riguardano:

- a) la gestione di servizi di accoglienza di semiresidenzialità (centri diurni socio sanitari);
- b) lo sviluppo del progetto di “Sollevio” e delle forme di Pronta Accoglienza per situazioni di emergenza sociale anche con la sperimentazione di moduli innovativi impostati con il criterio della flessibilità e della tempestività dell'intervento.
- c) la gestione da parte di Centri di Servizio della residenzialità di interventi coordinati ed integrati a favore di persone assistite a domicilio che presentano condizioni di particolare complessità o criticità assistenziale.

Il Piano, con il contributo dei Centri di Servizio della Residenzialità:

-promuove la formalizzazione di accordi fra Comuni, Centri di Servizio e Azienda ULSS per la gestione integrata e longitudinale di processi assistenziali rivolti a persone non autosufficienti e alle loro famiglie;

-propone specifiche forme di monitoraggio e di valutazione sui risultati di progetti di intervento territoriale operati dai Centri di Servizio della residenzialità in attuazione di specifici programmi definiti con i Comuni interessati.

### **3.3.La ricerca continua della qualità**

Il Piano della Non Autosufficienza assume la “qualità” quale elemento che caratterizza le scelte programmatiche ed organizzative degli interventi a favore delle persone in condizione di non autosufficienza e delle loro famiglie.

In particolare, i profili di qualità riguardano:

- a) l'efficienza della integrazione di tutte le componenti impegnate nella valutazione del bisogno, nella predisposizione del progetto individualizzato e nella presa in carico della situazione globale (persona e famiglia). L'efficienza è misurata nei tempi di presa in carico, nel coinvolgimento della famiglia e delle risorse solidaristiche locali, nella individuazione del Referente del progetto individualizzato e nei processi valutativi formalizzati;

- b) la flessibilità nella progettazione e nella erogazione degli interventi. La flessibilità è rilevabile nelle scelte operative e nei processi attuativi del progetto individualizzato;
- c) l'attivazione di forme di verifica sulla efficacia delle scelte progettuali e degli interventi ;
- d) la realizzazione di progetti speciali per la prevenzione di malattie degenerative;
- e) la realizzazione di percorsi integrati tra azioni della domiciliarità e della residenzialità;
- f) la continuità assistenziale nei processi di dimissione ospedaliera di persone in condizione di non autosufficienza.

Sarà istituito un gruppo tecnico permanente per il monitoraggio e la valutazione della qualità delle forme di integrazione dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali nelle fasi di presa in carico delle domande di assistenza che nella realizzazione operativa dei progetti individualizzati allo scopo di individuare possibili interventi integrativi e di sviluppo.

Tale organismo, presieduto dal Direttore dei Servizi Sociali della ULSS, è composto da responsabili dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e dei servizi sociali impegnati nella domiciliarità e nella residenzialità, nonché da una rappresentanza delle associazioni di volontariato che si occupano di assistenza alle persone anziane.

### **3.4. L'integrazione**

L'integrazione costituisce la dimensione strategica che caratterizza l'intero complesso degli interventi rivolti alle persone in condizione di non autosufficienza sia sul piano della definizione e della gestione dei progetti individualizzati (agire integrato) sia sul piano della programmazione delle risorse.

L'agire integrato, proprio degli operatori dei servizi, comporta la valutazione unitaria del bisogno della persona e della sua famiglia e la conseguente individuazione di percorsi appropriati, sostenibili e rispondenti alle aspettative degli assistiti. La modalità integrata dell'agire degli operatori si estende necessariamente alla gestione dei processi assistenziali come assunzione di responsabilità per i risultati conseguiti.

L'integrazione delle risorse nella prospettiva della programmazione, invece, riguarda in via prevalente, i soggetti attori del sistema dei servizi rivolti alla non autosufficienza: l'ULSS, i Comuni, gli Enti gestori dei centri della residenzialità.

In tale prospettiva andranno riesaminati gli specifici accordi già in essere.

### **3.5 La personalizzazione degli interventi nel contesto della famiglia.**

La valutazione dei bisogni e la progettazione degli interventi in situazioni di non autosufficienza considera la persona nei suoi bisogni di salute, di autonomia, di sicurezza e di relazioni sociali. Il processo valutativo incentrato sulla persona non può essere disgiunto dalla puntuale considerazione del contesto di vita della stessa e dal riferimento alla famiglia. Nella elaborazione e nella gestione di programmi assistenziali, la famiglia è risorsa prioritaria; una risorsa che richiede però di essere preservata dal rischio di rompere gli equilibri interni a causa di un eccessivo impegno assistenziale.

L'assunzione della centralità della persona, quale valore strategico prioritario, non può essere disgiunta dalla costante ricerca di un equilibrio dell'intera rete familiare che si trasforma in assenso, condivisione, compartecipazione.

Centralità della persona e centralità della famiglia, dunque, come punto di partenza per tracciare ogni forma di percorso assistenziale.

Sulla base di tale assunto, la valutazione del bisogno, la progettazione e l'erogazione degli interventi sono il risultato di un processo composito fondato sull'ascolto, sul dialogo, per la ricerca di mediazioni con tutti i componenti della famiglia.

Il progetto personalizzato (vedi oltre § 4.3) è lo strumento mediante il quale vengono definiti in prospettiva operativa obiettivi, interventi e verifiche di risultato.

### **3.6. La libertà di scelta**

Il presente Piano assume a fondamento degli obiettivi e delle azioni a favore delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie il principio della libera scelta degli interventi assistenziali.

Tale principio consiste nella prerogativa riconosciuta alla persona assistita o, in sua vece, alla sua famiglia o all'Amministratore di Sostegno (o tutore) di scegliere il percorso assistenziale ritenuto rispondente alle proprie esigenze ed aspettative. In particolare l'esercizio della libera scelta riguarda le strutture della residenzialità compatibile con il profilo assistenziale rilevato dal competente organismo valutativo.

La scelta del processo assistenziale e delle relative forme di intervento da parte della persona e della sua famiglia è libera in quanto non indotta da fattori esterni; essa è tuttavia fondata su un processo di accompagnamento da parte dei servizi competenti per una valutazione ponderata e congruente del bisogno e delle opportunità offerte dal sistema dei servizi della domiciliarità e della residenzialità ed è, comunque, finalizzata alla definizione della soluzione assistenziale meglio rispondente al bisogno specifico.

L'accesso ai centri della residenzialità autorizzati all'esercizio avviene mediante graduatoria unica e con le modalità disciplinate dal Registro Unico della Residenzialità, adottato in conformità alle linee guida regionali emanate con DGR 38/2006 e integrate dalla successiva DGRV 456 del 27 febbraio 2007.

All'atto dell'ammissione al Centro residenziale alla persona viene attribuita una "impegnativa di residenzialità", conforme al modello regionale allegato alla DGRV 457/07. Il nuovo modello per il rilascio delle impegnative ai Centri di Residenzialità predisposto dalla Regione, verrà utilizzato dal 01.07.07.

Le impegnative sono rilasciate dalla ULSS, nel limite massimo di impegnative/anno equivalente stabilito dalla programmazione regionale ed in concomitanza con la disponibilità del posto presso il Centro di Servizio scelto dalla persona.

La dotazione delle impegnative di residenzialità per l'ULSS è definita dalla Giunta regionale avuto riguardo alla disponibilità di bilancio e in relazione al fabbisogno definito in base a specifici parametri demografici. La dotazione di impegnative viene aggiornata dalla Giunta Regionale, ogni anno, entro il 31 dicembre per l'anno successivo.

### **3.7 La scelta informata**

Il presente Piano pone l'informazione a fondamento delle scelte programmatiche e progettuali, vincolando i soggetti istituzionali a dare corso ai seguenti adempimenti:

- a) predisporre, in forma coordinata, una mappa integrata dei Servizi per l'assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale delle persone in condizioni di non autosufficienza;

- b) l'attivazione di punti di informazione: Sportello Integrato e *info point* come previsto dal Piano Locale della Domiciliarità;
- c) la predisposizione delle carte di servizio per ogni servizio del territorio.

I Centri di servizio della Residenzialità sono impegnati a curare, anche in forma coordinata, programmi di informazione rivolti alle Comunità locali.

### **3. 8 Innovazione e qualificazione dell'offerta di residenzialità**

I Centri della residenzialità, con il coordinamento della ULSS, elaborano piani di riorganizzazione interna per la qualificazione dei posti letto, al fine di adeguare l'offerta ai bisogni assistenziali emergenti.

In questo contesto, detti Centri possono proporre alla ULSS particolari progetti innovativi finalizzati a sperimentare nuove strategie assistenziali anche in prospettiva di integrazione con le azioni della domiciliarità.

## **4. I profili strategici del Piano**

### **4.1. L'accesso alla residenzialità**

#### **a) accesso regolato : il regolamento unico e la graduatoria.**

Il regolamento per l'accesso alla residenzialità sarà aggiornato in conformità allo schema tipo predisposto dalla Giunta regionale con DGRV n 38/2006 e con la successiva DGRV n 456 /07.

#### **b) lo sportello integrato**

Lo sportello integrato assume rilievo strategico comune per gli interventi della domiciliarità e della residenzialità; esso fornisce tutte le informazioni relative al sistema della residenzialità e agevola la formulazione delle domande di trattamento di residenzialità. Per le funzioni specifiche dello Sportello (modalità organizzative e funzionamento), si rinvia al Piano Locale della Domiciliarità.

### **4.2 La Valutazione.**

L'accesso alle strutture di residenzialità richiede l'attivazione di uno specifico processo valutativo finalizzato a rilevare la situazione globale della persona con riferimento alla dimensione personale di autonomia (cognitiva e relazionale), alla possibilità di conservazione delle potenzialità accertate e alle condizioni economiche.

La forma valutativa meglio rispondente a questa esigenza conoscitiva è la valutazione multiprofessionale e multidimensionale operata dalla U.V.M.D. con l'impiego della scheda SVAMA. che consente di articolare su due livelli i profili di intensità assistenziale:

- a) primo livello di intensità ridotta e minima di assistenza sanitaria, assegnata ai profili SVAMA dal 2 al 13 e 16;
- b) secondo livello di intensità media di assistenza sanitaria assegnata ai profili SVAMA 14,15 e 17.

Al processo valutativo partecipano gli operatori sanitari e sociali interessati, i responsabili dei servizi cui potrà essere affidata l'assistenza della persona (servizi della domiciliarità e servizi della residenzialità) e la famiglia della persona assistita.

Le indicazioni progettuali, in esito della valutazione del bisogno, condivise dalla famiglia, conferiscono sostanza al progetto individualizzato. I componenti della UVMD, sottoscrittori della SVAMA, assumono la responsabilità tecnica della attuazione del progetto individualizzato la cui implementazione e gestione è affidata dalla stessa UVMD ad un Referente di progetto.

Il Referente di progetto ha il compito di attivare i processi realizzativi del progetto, concorrendo ad eliminare gli ostacoli e promuovendo le necessarie verifiche periodiche sulla base di indicatori inclusi nel progetto individualizzato.

La Direzione Sociale emana direttive finalizzate a conferire efficienza ai processi valutativi applicando i tempi di valutazione individuati nel Piano Locale della Domiciliarità.

#### **4.3 Il Progetto Personalizzato**

Il progetto personalizzato (personalizzazione) è lo strumento mediante il quale il Referente del caso, sulla base delle risultanze della valutazione dei bisogni di una persona e della situazione della famiglia e degli obiettivi da conseguire, delinea i percorsi da effettuare, stabilisce i tempi, gli indicatori e le modalità di verifica.

L'ULSS provvede ad emanare direttive ai Servizi competenti in ordine alla uniforme configurazione del Progetto Personalizzato.

#### **4.4 Il Coordinamento dei Centri di servizio**

Nella prospettiva della attuazione del presente Piano, sarà costituito un organismo di coordinamento formato da rappresentanti dei Centri di servizio con il compito di:

- a) monitorare l'efficienza del regolamento per l'accesso ai Centri di servizio della residenzialità ;
- b) definire strategie operative idonee a superare situazioni di criticità in ordine a particolari bisogni di residenzialità (es. persone con demenza accompagnata da gravi comportamenti);
- c) definire le modalità di realizzazione di progetti integrati di domiciliarità per l'assistenza di persone non autosufficienti in condizione di particolare gravità;
- d) promuovere lo sviluppo del centro diurno socio sanitario di cui al Piano Locale della Domiciliarità;
- e) promuovere un piano di informazione/ formazione rivolto ai Centri residenziali e agli operatori del territorio ai fini della condivisione degli obiettivi e delle strategie operative introdotte dalla nuova programmazione regionale.

#### **4.5 Il coinvolgimento del mondo della solidarietà**

Nell'ambito dei servizi alla persona, il Privato sociale è chiamato ad assumere un ruolo di essenziale importanza, non solo come soggetto attore di servizi, ma anche come espressione di una comunità che intende farsi carico fattivamente dei problemi e delle istanze dei bisogni delle persone e delle famiglie.



Le formazioni sociali della solidarietà costituiscono una risorsa e come tale il presente Piano ne riconosce fattivamente il ruolo e la valenza mediante forme strutturate di partecipazione nei processi di progettazione e di realizzazione di specifiche azioni.

Le formazioni sociali, singolarmente o in forma integrata, possono presentare ai Centri di servizio della residenzialità, progetti finalizzati al miglioramento della vita sociale e della convivenza all'interno degli stessi centri residenziali.

## **5- Azioni Progettuali**

### **5.1. Il Solievo e la pronta accoglienza**

I Centri della Residenzialità predispongono speciali progetti organizzativi per la gestione della formula sollievo e della pronta accoglienza in collegamento funzionale con le azioni e i programmi della domiciliarità. Potranno essere utilizzati a questo fine anche altre strutture residenziali (Comunità Alloggio, Comunità di tipo familiare) attive nel territorio purchè idonee ad assicurare le funzioni richieste.

L'ULSS, con il coinvolgimento dei servizi sociali comunali, provvede ad aggiornare gli strumenti regolamentari e coordina la realizzazione dei progetti di intervento mediante la gestione della domanda in relazione delle risorse effettivamente disponibili. Tali progetti saranno gestiti con riguardo all'andamento della domanda ed in relazione alle risorse effettivamente disponibili nell'ambito degli accordi sottoscritti tra Azienda e Comuni.

### **5.2. La prevenzione e l'assistenza nelle situazioni di malattia degenerativa**

Tra i fattori ricorrenti di non autosufficienza le malattie degenerative occupano un posto di prioritario rilievo.

Il presente piano attiva azioni finalizzate a sviluppare programmi di prevenzione di tali forme patologiche sia nella prospettiva di ridurre l'insorgenza delle stesse sia, soprattutto, nell'attivare tempestivi processi di diagnosi e di cura finalizzati a contrastare l'aggravamento di forme patologiche degenerative in atto.

In linea generale la forma di prevenzione più efficace è data dalla tempestiva presa in carico della persona mediante la valutazione del bisogno (UVMD) e la definizione di un progetto personalizzato (vedi sopra § 4.3.).

Nello specifico, l'ULSS attiva, mediante le competenti Unità Operativa Ospedaliera e territoriali, specifici programmi di intervento di prevenzione secondaria negli ambiti che seguono:

- a) informazione specifica rivolta alle persone a rischio;
- b) la ricerca e il monitoraggio, con il coinvolgimento dell'Unità Valutativa Alzheimer(UVA), dell'andamento delle forme patologiche degenerative con particolare riferimento a quelle che incidono nella dimensione cognitiva della persona;
- c) adozione di progetti mirati per la gestione appropriata di situazioni patologiche particolari ( cadute, malnutrizione, decubiti...)
- d) proposizione di protocolli di intervento per la gestione delle situazioni di malattia conclamata in casa ad uso dei *caregivers*.

### **5.3 La gestione delle criticità assistenziali.**

#### **5.3.1. La gestione della dimissione dall'ospedale di una persona non autosufficiente.**

L'insorgenza di una condizione di non autosufficienza in contesto di ricovero ospedaliero attiva le procedure previste dal protocollo aziendale delle dimissioni protette. La gestione del passaggio dall'Ospedale al domicilio richiede l'attivazione di speciali programmi di intervento finalizzati ad accompagnare la famiglia nella elaborazione della nuova situazione che si è creata e a fornire informazioni specifiche sui comportamenti da tenere nella gestione dei processi assistenziali.

L'Azienda si attiva per l'individuazione, in accordo con i Centri di Servizio della residenzialità e nei limiti consentiti dal Regolamento Unico della Residenzialità, di posti letto da riservare all'accoglienza temporanea di persone anziane in condizione di non autosufficienza che all'atto della dimissione ospedaliera richiedono uno speciale percorso di rientro in famiglia in modo appropriato. Un apposito atto convenzionale, tra ULSS e Centri di Servizio interessati, potrà regolare, in relazione alle necessità emergenti, le condizioni della riserva dei posti e le conseguenti modalità di accesso e di fruizione dei posti di cui sopra.

### **5.3.2 I processi assistenziali in casa di un paziente in fase terminale.**

La fase terminale della vita costituisce un momento critico che richiede l'adozione di speciali strategie operative per assicurare al paziente le migliori condizioni assistenziali (integrate tra apporto sanitario e assistenziale) e adeguati supporti informativi e di accompagnamento psicologico alla famiglia. In tale prospettiva l'ULSS promuove, d'intesa con i centri di servizio della residenzialità, speciali programmi di intervento assistenziali per situazioni di particolare gravità, a integrazione degli interventi dell'ADI. Tali programmi valorizzano sia la risorsa offerta dagli interventi di "sollievo" sia la possibilità di fruire del programmato servizio di Hospice extraospedaliero.

### **5.3.3 I supporti psicologici alla famiglia impegnata nella assistenza di persone non autosufficienti.**

L'ULSS, in attuazione del Piano di Zona dei Servizi Sociali 2003/2005, promuove, a livello distrettuale, l'attivazione di specifici programmi di supporto psicologico rivolti a persone con demenza, a persone con cerebrolesione acquisita e a pazienti oncologici in fase terminale e delle loro famiglie. I professionisti, dedicati a tali programmi, operano alle dipendenze delle U.O Cure Primarie di ciascun Distretto.

### **5.3.4 Il monitoraggio e l'analisi costante della domanda**

La Direzione Sociale dell'ULSS, avvalendosi delle Unità Operative Cure Primarie, con il concorso dei Servizi Sociali Comunali, svolge la funzione di coordinamento per la realizzazione delle azioni del presente Piano, promuovendo, in particolare, le forme di raccordo con le azioni del Piano Locale della Domiciliarità.

La funzione di monitoraggio sulla domanda viene effettuato, inoltre, sia mediante la rilevazione periodica dei dati del Registro Unico della Residenzialità, sia con programmi mirati all'analisi di situazioni di particolare criticità.

La funzione di coordinamento si esplica nella definizione di appositi programmi di raccolta e di organizzazione di dati riguardanti:

- a) l'incidenza delle malattie degenerative sulla popolazione del Veneto Orientale;
- b) la domanda di residenzialità negli aspetti quantitativi e nelle caratteristiche costitutive (profili di gravità, mobilità, urgenza...);

- c) l'andamento dell'offerta di posti di residenzialità;
- d) i fattori determinanti la scelta della residenzialità rispetto alla domiciliarità.

## **6- La promozione dei centri socio sanitari diurni**

I Centri di Servizio della residenzialità possono attivare Centri Diurni Socio Sanitari secondo il profilo funzionale tracciato con la DGRV 3072 del 16 novembre 2001.

La disponibilità complessiva di posti di semiresidenzialità attivabili nel territorio del Veneto Orientale è fissata al 10 % del fabbisogno di posti di residenzialità, che in base alle determinazioni della DGRV 457/2007, ammonta a 1014 posti letto, per cui il numero dei trattamenti diurni attualmente attivabili è pari a 101.

Il Centro Diurno Socio Sanitario, come ribadito nel Piano Locale della Domiciliarità, recentemente approvato dalla Conferenza dei Sindaci, riveste una valenza strategica nella gestione di situazioni complesse nel contesto della Domiciliarità, in quanto, da un lato, consente di sviluppare processi di monitoraggio della salute della persona assistita e il contenimento di particolari forme di disagio, dall'altro, assicura alla famiglia, anche, la funzione di "sollievo".

Il presente Piano, atteso il fondamentale ruolo di raccordo tra il sistema della residenzialità e quello della domiciliarità, svolto dal Centro Diurno, assume, come obiettivo primario, la realizzazione di progetti elaborati dai singoli Centri di Servizio finalizzati alla promozione della semiresidenzialità con le modalità, i tempi, le risorse e gli obiettivi previsti dal Piano Locale della Domiciliarità. Tale obiettivo comporta, oltre al potenziamento quantitativo dell'offerta in conformità alle direttive regionali, anche la riqualificazione di tutti i Centri Diurni già attivi.

Nel periodo di validità del presente Piano, saranno attivati due Centri diurni organizzati e strutturati per l'accoglienza di persone non autosufficienti affetti da demenza: uno a Portogruaro ed uno a S. Donà di Piave. Tale obiettivo potrà essere perseguito anche mediante la riqualificazione dei Centri Diurni già attivi.

Il programma complessivo di sviluppo dei Centri Diurni è rappresentato nella Tabella-3, in appendice.

## **7- La Residenzialità**

### **7.1 Il Sistema della Residenzialità**

Il sistema della Residenzialità del Veneto Orientale è costituita da Centri di Servizio per anziani non autosufficienti in possesso dei requisiti strutturali organizzativi e tecnologici previsti dalla vigente normativa regionale (L.R. 22/02). All'interno di alcuni centri per non autosufficienti sono presenti sezioni distinte con persone anziane autosufficienti.

I Centri di Servizio residenziali sono componente attiva ed integrata del sistema dei servizi del territorio rivolti alle persone anziane.

I Centri di residenzialità assicurano agli ospiti l'assistenza sanitaria secondo le previsioni della convenzione stipulata con l'ULSS e le prestazioni socio sanitarie in relazione ai livelli di intensità assistenziali in relazione al bisogno accertato.

L'accesso ai trattamenti di residenzialità è regolato da apposito regolamento.

Il complesso dei Centri di servizio della residenzialità costituisce la risorsa anche per il sistema della Domiciliarità come previsto dal Piano Locale della Domiciliarità.

### **7.2 Aspetti generali**

### **a) La carta dei servizi**

Ogni Centro di Servizio dispone di una specifica carta dei servizi aggiornata.

E' compito dei centri della residenzialità attivare anche un *info point* funzionale a fornire informazioni.

La Direzione Sociale dell'Azienda continua l'azione di promozione e di coordinamento tra tutti i Centri di servizio al fine di definire gli elementi comuni delle Carte di Servizio di ogni Servizio.

### **b) La retta**

Ogni Centro di servizio definisce, ogni anno, la retta giornaliera per l'accoglienza delle persone non autosufficienti. La retta è il corrispettivo economico richiesto dall'ente gestore per il servizio complessivo di ospitalità. La retta dei singoli centri si uniforma alle direttive regionali in materia. Ogni Centro articola i livelli di retta in relazione dei livelli assistenziali effettivamente resi, con riguardo alla qualità delle prestazioni alberghiere offerte. La retta è unitaria e comprende la quota alberghiera e quella sanitaria.

Le impegnative di residenzialità sono personali e concorrono a ridurre la quota di retta relativa alle prestazioni socio sanitarie rese in osservanza degli standard regionali (L.R. 22/02).

La Direzione dei Servizi Sociali dell'ULSS attiva processi di monitoraggio sulle rette dei singoli Centri di Servizio operanti nel territorio al fine di verificare le voci componenziali della retta media in relazione ai differenti profili assistenziali e ai profili organizzativi.

Tale monitoraggio avviene sulla base dei dati contenuti nel prospetto riassuntivo di determinazione delle rette (con evidenziazione degli elementi quantitativi che hanno portato alla quantificazione delle rette annuali) che gli Enti gestori dei servizi residenziali trasmettono, ogni anno, alla Direzione Regionale competente per il tramite della Direzione Sociale dell'Azienda.

## **7.3 La Domanda di residenzialità.**

### **a) Le persone anziane in condizione di autosufficienza**

La domanda di accoglienza in strutture residenziali da parte di persone in condizioni di autosufficienza ( attualmente le persone ospitate nei centri per non autosufficienti sono circa 50) risulta in costante diminuzione per effetto del consolidarsi dei servizi della domiciliarità che consentono alle persone, potenzialmente interessate ad entrare in una struttura protetta, di permanere nel contesto della propria realtà domiciliare.

La domanda, tuttavia, conserva una specifica, sia pure contenuta, consistenza riferibile a situazioni di solitudine o a insicurezza sociale.

Al fine di rilevare i caratteri specifici della domanda di residenzialità da parte delle persone anziane autosufficienti, sarà attivata una apposita indagine conoscitiva nel Veneto Orientale.

Le risultanze di tale indagine consentiranno alla Conferenza dei Sindaci di individuare i livelli di offerta adeguati alla domanda integrando, in un disegno programmatico globale, anche le iniziative locali finalizzate a realizzare forme di edilizia speciale. In tale contesto, potranno essere definite anche forme di residenzialità innovative quali le Comunità Alloggio o Appartamenti Protetti ( già in corso di attivazione in molti Comuni).

Saranno, inoltre, attivati, con cadenza annuale, processi di monitoraggio per rilevare:

- i caratteri della domanda di residenzialità da parte di persone in condizione di autosufficienza;

- i fattori che determinano la domanda stessa con riferimento speciale ai servizi della domiciliarità;
- i possibili rapporti tra le forme della residenzialità per autosufficienti e quelle per non autosufficienti.

#### **b) le persone in condizione di non autosufficienza**

La domanda di residenzialità di persone non autosufficienti è determinata dall'effetto sinergico di fattori patologici che incidono sulla autonomia della persona e richiedono interventi assistenziali continui e di fattori ambientali e familiari. L'inadeguatezza della famiglia a sostenere il carico assistenziale e la complessità del bisogno assistenziale stesso possono rendere necessario il ricorso alla struttura residenziale.

La scheda 1, che segue, presenta l'andamento della domanda di residenzialità, in rapporto all'andamento dell'offerta, nel periodo compreso tra l'anno 2003 e il 2006; periodo di valenza del piano di zona 2003/2005.

Nonostante il significativo incremento dell'offerta di residenzialità, pari a 176 posti letto, si evidenzia un parallelo incremento della lista d'attesa.

Tale singolare rapporto tra domanda e offerta orienta le scelte programmatiche finalizzate alla determinazione della entità di posti letto necessari per far fronte alla domanda. Nondimeno, una nota di cautela non può essere trascurata (almeno nel breve termine) al fine di evitare il rischio di trovare una domanda inferiore all'offerta con la conseguenza di posti di residenzialità non utilizzati. In questa prospettiva, le proposte di qualificazione dell'offerta di residenzialità, un diverso ruolo dei centri di servizio rispetto ai servizi della domiciliarità ed uno strutturato rapporto con l'Ospedale possono contribuire a mantenere efficiente il sistema sotto il profilo della sostenibilità gestionale.

Scheda 1 : andamento della domanda di residenzialità in relazione all'offerta di posti letto nel periodo compreso tra il 2003 e il 2006 e relative liste d'attesa.

<b>Anno</b>	<b>Posti letto autorizzati</b>	<b>Lista d'attesa</b>
<b>2003</b>	<b>464</b>	<b>43</b>
<b>2004</b>	<b>533</b>	<b>96</b>
<b>2005</b>	<b>591</b>	<b>132</b>
<b>2006</b>	<b>640</b>	<b>154</b>

La successiva Scheda 2 propone la struttura della lista d'attesa, evidenziando i Comuni di provenienza delle persone che hanno fatto domanda di residenzialità e il confronto con il numero delle persone ospiti nei centri residenziali (dato al 31.12.2006).

Il rapporto percentuale tra persone in lista d'attesa ed abitanti risulta disomogeneo. Non appaiono immediatamente percepibili le cause di tale diversità. Una ipotesi plausibile potrebbe portare ad una diversa efficacia degli interventi domiciliari.

Scheda 2: configurazione della lista d'attesa in relazione al comune di provenienza delle persone interessate ad accedere al trattamento di residenzialità.

Distretto	Comune	Abitanti al 31.12.05	di cui ultra 65 enni	rapporto % abitanti/ ultra 65 enni	Lista d'attesa al 31.12.06	Rapporto %tra abitanti e lista d'attesa	Anziani in casa di riposo	Rapporto % tra abitanti e anziani in centro resid.
1	CEGGIA	5.506	1064	19,3	4	0,07	16	0,29
1	FOSSALTA DI PIAVE	4.238	815	19,2	1	0,02	6	0,14
1	MEOLO	6.366	1143	18,0	2	0,03	7	0,11
1	MUSILE DI PIAVE	10.797	1962	18,2	2	0,02	16	0,15
1	NOVENTA DI PIAVE	6.224	1114	17,9	4	0,06	7	0,11
1	SAN DONA' DI P.	38.614	7003	18,1	11	0,03	104	0,27
1	TORRE DI MOSTO	4.504	818	18,2	1	0,02	5	0,11
		<b>76.249</b>						
2	CAORLE	11.896	2397	20,1	8	0,07	44	0,37
2	ERACLEA	12.680	2310	18,2	10	0,08	24	0,19
2	JESOLO	23.693	4644	19,6	8	0,03	45	0,19
2	S.MICHELE AL T.	11.771	2648	22,5	17	0,14	61	0,52
		<b>60.040</b>						
3	ANNONE VENETO	3.791	669	17,6	1	0,03	9	0,24
3	CINTOCAOMA G.	3.264	672	20,6	7	0,21	15	0,46
3	CONCORDIA S.	10.706	2065	19,3	15	0,14	12	0,11
3	FOSSALTA DI PORTO.	5.938	1212	20,4	8	0,13	28	0,47
3	GRUARO	2.744	561	20,4	4	0,15	5	0,18
3	PORTOGRUARO	24.995	5364	21,5	40	0,16	131	0,52
3	PRAMAGGIOR E	4.437	660	14,9	1	0,02	12	0,27
3	SAN STINO DI LIV.	12.502	2335	18,7	6	0,05	28	0,22
3	TEGLIO VENETO	2.145	449	20,9	4	0,19	7	0,33
		<b>70.522</b>						
	<b>Totali</b>	<b>206.811</b>	<b>39905</b>	<b>19,2</b>	<b>154</b>	<b>0,07</b>	<b>582</b>	<b>0,28</b>

## 7.4 Articolazione del sistema di offerta esistente dei servizi residenziali ( al 31.12.2006)

### 7.4.1 Centri residenziali per persone non autosufficienti

L'accoglienza residenziale di persone in condizione di non autosufficienza è assicurata da Centri di Servizio di residenzialità in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici che costituiscono il presupposto della autorizzazione all'esercizio.

L'offerta assistenziale nei Centri di Servizio nel Territorio del Veneto Orientale è articolata secondo i seguenti livelli di intensità assistenziale:

- a) Accoglienza di lungo periodo di persone anziane non autosufficienti per interventi di intensità assistenziale di primo livello (ridotta/minima) e di secondo livello (media), anche in relazione ai livelli assistenziali desumibili dai profili

SVaMA. In fase di programmazione, il numero dei posti letto di secondo livello non può superare il 25 % di quelli di primo livello per ogni ambito territoriale;

- b) Accoglienza per interventi assistenziali finalizzati alla realizzazione del Servizio Sezione Alta Protezione Alzheimer ( SAPA) per 10 posti letto;
- c) Accoglienza per interventi assistenziali finalizzati alla realizzazione del servizio Sezione Stati Vegetativi Permanenti (S.V.P.) per 10 posti letto.
- d) Accoglienza temporanea per interventi di sollievo alle famiglie e per situazioni di emergenza sociale.

I Centri di Servizio della residenzialità provvedono, con propri atti, alla qualificazione dei posti disponibili, secondo la tipologia funzionale sopra definita e in conformità agli indirizzi di qualificazione dei posti assunti dal presente Piano.

Le condizioni e le modalità di accesso ai Centri di servizio sono definite da apposito disciplinare, che aggiorna quello esistente, adottato in base alle linee guida regionali (DGR n 38 del 17 /01/2006 e alla successiva DGR 456/2007).

Il Veneto Orientale, alla conclusione del percorso programmatorio attivato con il Piano di Zona 1998/2000 e con il successivo Piano di Zona 2003/2005, dispone di una dotazione complessiva di 640 posti letto di residenzialità dedicata a persone in condizione di non autosufficienza. Tale dotazione, con riferimento alle impegnative di residenzialità, si articola come segue:

- intensità ridotta/minima : 535 posti
- intensità media 72 posti
- SAPA e Stati Vegetativi Permanenti 20 posti (10+10).

L'articolazione del sistema della residenzialità esistente al 31.12. 2006 è riportato nella Tabella -1 in appendice.

#### **7.4.2 Offerta di residenzialità: obiettivi e criteri per la determinazione dei nuovi livelli di programmazione.**

Il fabbisogno delineato dal Piano di Zona dei Servizi Sociali 2003/005 rimane ancora in buona misura aperto e deve misurarsi con una domanda di residenzialità evoluta non solo per le caratteristiche intrinseche alle forme di bisogno delle persone anziane ma soprattutto per il consolidarsi di una sensibilità sociale sempre più orientata alla domiciliarità.

Il bisogno assistenziale tende a qualificarsi sotto il profilo della gravità crescente, con riferimento alle forme patologiche sottostanti, con la conseguente istanza di percorsi assistenziali specifici erogabili in nuclei sempre più specializzati. Le prospettive della domiciliarità inoltre interpellano i centri di servizio della residenzialità per una offerta consolidata di supporti alle forme di assistenza domiciliari.

Il presente Piano assume quale criterio guida il riconoscimento del bisogno (quantitativo e qualitativo) per delineare e caratterizzare i processi di sviluppo della residenzialità nel breve termine (triennio 2007/2009) e nel lungo termine fino al 2016.

Gli obiettivi strategici che informano le scelte di programmazione e di allocazione dei posti letto di breve e di lungo periodo riguardano:

- a) l'ampliamento dell'offerta di residenzialità in relazione alla stima delle dinamiche demografiche della popolazione del Veneto Orientale e all'andamento della domanda tenendo conto dei criteri di priorità contenuti nei Piani di Zona 1998/2000 e 2003/2005 e seguendo i seguenti criteri di priorità:

- 1- recepimento nel Piano, avuto presente la notevole carenza di posti letto esistenti rispetto a quelli programmati, degli ampliamenti già realizzati ed autorizzati con riferimento alle strutture esistenti e già inserite nella programmazione locale;
  - 2- priorità a proposte di aggiornamenti nel numero dei posti letto che riguardano situazioni oggettive di strutture esistenti, con le loro potenzialità, o situazioni di progettazione già approvate in dipendenza del Piano di Zona vigente;
  - 3- necessità di riconoscere alle strutture richiedenti l'inserimento nella programmazione, di norma, una dimensione tale da consentire l'equilibrio economico-gestionale; dimensione individuata in almeno 60 posti letto;
  - 4- riequilibrio territoriale nell'offerta di posti letto tra l'area portogruarese e quella sandonatese a favore dei Distretti Socio Sanitari con maggiore carenza;
- b) la qualificazione dell'offerta di residenzialità in rapporto alle differenti qualificazioni patologiche delle persone ospiti;
  - c) lo sviluppo di forme di apertura alla domiciliarità da parte dei centri di servizio anche mediante la sperimentazione di forme di intervento miste o integrate;
  - d) l'allocazione, sia nelle vecchie strutture che nelle nuove, di posti letto per autosufficienti da dedicare anche, al bisogno, all'accoglienza di persone non autosufficienti per formule di "sollievo".

Tenuto conto del notevole divario nel territorio del Veneto orientale tra domanda di residenzialità ed offerta di posti letto, nelle more della realizzazione dei posti letto individuati nel presente documento di programmazione, in via del tutto eccezionale e transitoria, saranno valorizzate ed autorizzate tutte le iniziative ampliative dell'offerta dei Centri di servizio assunte anche in sinergia con l'Azienda e con altri Centri di servizio.

A tal fine, prima di autorizzare l'attivazione di nuove strutture o l'ampliamento delle esistenti, secondo le previsioni della programmazione della Tabella 4, si dovranno verificare le realizzazioni intervenute, con il solo riferimento ai livelli complessivamente consentiti dalla programmazione del presente piano.

Alla fine del triennio 2007/2009, sarà verificato lo stato di attuazione del piano della residenzialità, anche ai fini, se necessario, di una ridefinizione, della programmazione per il periodo 2010/2016.

### **7.4.3 Criteri generali di calcolo**

La dimensione quantitativa del fabbisogno locale di residenzialità (posti letto) è delineata dalla Regione in base ad indici e parametri demografici, avuto riguardo alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione anziana, della implementazione dei servizi domiciliari e delle modificazioni degli stili di vita in atto.

In concreto, secondo le disposizioni regionali, la quantificazione del fabbisogno di posti letto accreditabili, viene operata sulla base dei seguenti parametri:

- 0,06% della popolazione residente di età inferiore ai 64 anni;
- 0,65% della popolazione residente di età compresa fra i 65 e i 74 anni
- 4,40% della popolazione residente in età uguale o superiore ai 75 anni.



La dotazione territoriale di posti letto di residenzialità deve essere computata in relazione al dato demografico al 31.12. dell'anno precedente.

Il numero dei posti accreditati ottenuto dalla applicazione dei parametri di cui sopra viene aumentato del 10% ai fini della autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di nuove strutture.

Scheda 3: offerta di posti letto su stima della popolazione per fasce d'età nel triennio 2007/2009 e nel 2016 sulla base dei dati ISTAT (applicando i parametri di cui alle deliberazioni della Giunta regionale n 464/06 e n 394/07

Anno	Popolazione stimata al 31 12 dell'anno precedente				Posti accreditabili	Incremento 10%	Totale posti autorizzabili all'esercizio
	Totale	0-64	di cui 65-74	>75			
2007	207.927	167.014	21.869	19.044	1080	108	1188
2008	208.332	166.967	21.859	19.506	1101	110	1211
2009	208.672	167.034	21.822	19.816	1114	111	1225
2016	209.690	164.403	22.681	22606	1241	124	1365

In riferimento ai dati esposti occorre precisare che:

- 1- i dati demografici assunti per il calcolo del fabbisogno sono stati mutuati dalle previsioni demografiche ISTAT; essi rappresentano una stima non essendo disponibili a momento elaborazioni con metodi statistici ufficiali;
- 2- la dotazione territoriale di posti letto in relazione al dato demografico accertato al 31 dicembre dell'anno precedente rimane comunque subordinata alle determinazioni regionali;
- 3- i 10 posti dedicati alla accoglienza di persone in stato vegetativo, a partire dal 2007, non concorrono alla dotazione globale della residenzialità; come aggiuntivi devono essere considerati i posti letto relativi all'Hospice.

#### **7.4.4. La programmazione dei posti letto nel Veneto Orientale.**

Si applicano gli indirizzi regionali contenuti nella DGR 465/07 (§ 7 punti d-e) con espresso riferimento all'anno 2007. Nello specifico, si conferma l'uscita dalla dotazione territoriale dei posti di residenzialità extraospedaliera del nucleo di 10 posti letto dedicato alla accoglienza di persone in Stato Vegetativo, attualmente attivo presso la Residenza S. Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro; tali posti letto vanno considerati aggiuntivi.

Con riferimento alle disposizioni programmatiche regionali si rileva che rispetto ai 1089 posti letto previsti nel Piano di Zona 2003/05, la Regione, con la DGRV 4267/05, ha riconosciuto, per il territorio del Veneto Orientale, un numero di posti letto accreditabili pari a 1121 (1019+ 10%). Con la successiva deliberazione (DGRV 457/2007), la Giunta regionale ha ritoccato tale livello assegnando al Veneto Orientale una dotazione di 1115 (1014+ 10%) posti letto, che costituisce il riferimento di partenza per la programmazione per il triennio 2007/2009, a valere per l'anno 2007. Per questa ulteriore determinazione la

Giunta regionale ha assunto a riferimento la popolazione residente nel Veneto Orientale all'1.1.2005.

Il conseguente profilo programmatorio del Veneto Orientale, come richiesto dalla DGRV n 457/07, è illustrato nelle tabelle riportate in appendice:

- A) il sistema di offerta esistente al 31.12.2006 è riportato nella Tabella 1;
- B) lo sviluppo della programmazione del sistema di residenzialità per le strutture esistenti è illustrato nella Tabella 2 - Sezione-1;
- C) lo sviluppo relativo alle nuove strutture è rappresentato nella Tabella 2 –Sezione 2;

#### **7.4.5. Le previsioni di sviluppo globale (Piano decennale di sviluppo 2007/2016).**

Fatte salve le diverse determinazioni regionali in materia, rimane confermato l'indirizzo programmatorio per la fine del triennio 2007/2009, definito, sulla popolazione stimata al 31.12. dell'anno precedente, in 1225 posti letto (congruente con le previsioni stimate del Piano di Zona 2003/2005) e in 1365 posti letto alla fine del 2016.

La dotazione di posti previsti per il triennio 2007/2009 consente, non solo, di confermare le previsioni programmatiche del Piano di Zona 2003/2005 per 1089 posti letto, ma anche di includere ulteriori posti previsti dallo stesso piano come ipotesi di sviluppo (2006/2010) per 1218 posti letto.

Le tabelle n 4 e n 5 ( in appendice) rappresentano gli sviluppi complessivi del processo programmatorio in riferimento al triennio 2007/2009 e al successivo periodo 2010/2016 con la distribuzione dei posti programmati in relazione alla caratteristica della intensità assistenziale degli stessi.

Le disposizioni regionali prevedono che i posti dedicati ai livelli assistenziali di intensità media costituiscano il 25% della dotazione complessiva di posti di intensità assistenziale ridotta/minima. Conseguentemente, tenendo conto anche dell'organizzazione per nuclei, la dotazione teorica di posti di intensità media consentita per il Veneto Orientale nel triennio (1225 posti letto totali alla fine del triennio) ammonta a 246 posti, elevabile a 270 alla fine del decennio (2007/2016).

Occorre, nel merito, ribadire che i dati di programmazione dei posti letto di intensità media per il triennio 2007/2009 e per il successivo periodo 2010/2016, sono dati programmatici. Il riconoscimento, infatti, del livello di assistenza sanitaria di intensità media è subordinato a specifiche determinazioni regionali.

Confermate le previsioni già contenute nei precedenti Piani di Zona, che qualificano le strutture pubbliche di Jesolo e di Portogruaro, nel loro complesso, quali strutture di intensità sanitaria di livello medio, l'allocazione dei rimanenti posti di intensità assistenziale media segue il criterio della consistenza numerica della struttura ospitante (la Regione considera ottimale l'attivazione di nuclei di RSA, di norma non inferiori a 24 posti letto, in strutture di 90 posti letto e comunque, di norma, con una dotazione non inferiore di 60 posti letto).

L'allocazione dei posti di intensità media potrà variare in relazione ai bisogni espressi dal territorio e ai tempi di realizzazione delle strutture.

I dati esposti evidenziano una situazione di criticità in riferimento alla prospettiva di riequilibrio territoriale dell'offerta complessiva di residenzialità. La criticità rilevata potrà trovare parziale compensazione, nel lungo periodo, nell'attivazione di una nuova struttura ad Eraclea che potrà soddisfare la domanda anche per l'area sandonatese.

## **7.5 La gestione delle impegnative**

All'avvio del triennio 2007/2009, la dotazione complessiva di impegnative di residenzialità coincide, di fatto, con l'effettiva dotazione di posti (607) di intensità ridotta/minima (535) e

media (72). Tale situazione nel corso del 2007 potrà evolvere verso i livelli previsti dalla DGR 457/2007 con la seguente articolazione:

- impegnative di intensità ridotta minima 631
- impegnative di intensità assistenziale media 72

Pertanto, dal 2007 il Veneto Orientale dispone di una dotazione complessiva di 703 impegnative oltre alle impegnative per la sezione SAPA e S.V.P.

In attesa della realizzazione dei nuovi posti letto programmati (vedi tabella 2–sezioni 1 e 2 in appendice) , ai fini del migliore utilizzo di tutte le impegnative disponibili, il presente piano indica le seguenti linee di intervento, proposte secondo l'ordine di priorità:

- a) individuare ulteriori posti letto eventualmente disponibili ed a norma;
- b) incentivare i Centri di Servizio a proporre progetti di qualificazione dei posti attivi nel senso della migliore aderenza ai reali bisogni assistenziali degli ospiti (moduli organizzativi)
- c) potenziare i progetti innovativi di cui alla successivo §. 8.5.
- d) consentire processi (eventuali) di mobilità verso l'esterno in virtù del principio della libera scelta.

## **8- Le azioni di qualificazione**

### **8.1 Qualificazione della domanda**

La scelta della residenzialità è il risultato di una elaborazione che impegna la persona interessata e la famiglia nel comprendere il significato e il valore della scelta medesima legata al concetto di temporaneità di soggiorno e alla funzione di cura della persona in condizione di non autosufficienza. In tale prospettiva, un ruolo determinante è svolto sia dalla UVMD, dalle motivazioni contenute nella SVAMA e dal progetto personalizzato che costituisce il patto assistenziale tra l'ospite, i suoi familiari, il Centro di Servizio e l'ULSS.

Il soggiorno nel Centro di Servizio ha carattere temporaneo perché legato al progetto personalizzato, i cui caratteri essenziali sono posti da obiettivi di salute e di benessere della persona, dai processi assistenziali necessari, dalle verifiche di risultato.

In questa prospettiva, il soggiorno nel Centro di Servizio della residenzialità comporta specifiche conoscenze circa le funzioni e i criteri organizzativi della vita interna e la definizione del ruolo dei familiari. Concorrono a favorire l'acquisizione di appropriate informazioni sul ciascun Centro di Servizio le Carte dei Servizi, incontri periodici con i familiari organizzati dalla Direzione di ciascun Centro di servizio, regolamenti flessibili e facilitanti i rapporti tra familiari e l'ospite e, infine, la formazione e il funzionamento di forme associative tra i familiari all'interno del Centro di servizio.

### **8.2 Qualificazione dei processi di valutazione**

- valutazione del bisogno.

I processi di valutazione del bisogno comportano l'aggiornamento dei regolamenti e degli strumenti di valutazione (vedi sopra § 4 ) e il costante supporto da parte dell'organismo deputato a monitorare la domanda (vedi sopra § 5.3.4):

- valutazione del progetto

La valutazione del progetto comporta l'attivazione di uno specifico programma di verifica dell'andamento del progetto sulla base di specifici indicatori (vedi § 11). Le risultanze della valutazione sono inserite nella relazione annuale prodotta dalla Direzione Sociale dell'ULSS.

### **8.3 Qualificazione dell'offerta di residenzialità**

#### **8.3.1. Moduli organizzativi interni ai centri di servizi della residenzialità.**

La domanda di residenzialità pone, in modo pressante, l'esigenza di un'offerta di residenzialità modulata su bisogni assistenziali che richiedono risposte specifiche e appropriate. Le situazioni di bisogno emergenti, che richiedono interventi appropriati anche sul piano organizzativo, sono costituite da persone in condizione di demenza con gravi comportamenti e da persone in stato vegetativo permanente.

Al fine di definire modalità organizzative rispondenti alle esigenze delle persone assistite, i Centri di Servizio della Residenzialità definiscono, modelli organizzativi interni che consentano di assicurare la migliori condizioni di assistenza in relazione alle differenti patologie sottostanti al bisogno assistenziale degli ospiti.

Il Piano promuove, a fronte di particolari bisogni assistenziali e d'intesa con i Centri di servizio, percorsi assistenziali strutturati o individuali finalizzati a dare risposte a situazioni di particolare e differenziata gravità, richiedendo anche il formale riconoscimento della Regione.

#### **8.3.2 Nuclei di RSA.**

I nuclei di RSA sono dedicati, di norma, alla assistenza a persone che presentano situazioni caratterizzate da rilevante complessità a causa di forme patologiche croniche che richiedono interventi assistenziali continuativi e di alta integrazione.

Al fine di consentire lo svolgimento di tale funzione, in forma ottimale, i nuclei di RSA possono essere articolati in moduli organizzativi dedicati all'accoglienza, in via prioritaria, di persone con demenza accompagnata da gravi disturbi e di persone con speciali bisogni di assistenza sanitaria.

In questa prospettiva, l'ULSS attiva protocolli d'intesa con i Centri di Servizio della Residenzialità per il migliore utilizzo dei nuclei di assistenza di livello medio in relazione a specifici e prioritari bisogni assistenziali.

#### **8.3.3 L'accoglienza di persone con disturbi psichiatrici**

L'azienda ULSS può stipulare convenzioni con Centri di Servizio residenziali per la realizzazione di progetti dedicati alla gestione della quotidianità di persone anziane che presentano disturbi di tipo psichiatrico.

La Direzione dei Servizi Sociali dell'ULSS attiva uno specifico monitoraggio, d'intesa con i Centri di Servizio della residenzialità e in accordo con i competenti servizi territoriali dell'area psichiatrica, per rilevare l'entità e i caratteri del fabbisogno assistenziale di persone anziane con disturbi psichiatrici.

#### **8.3.4 L'accoglienza "di passaggio" dall'Ospedale alla famiglia di persone non autosufficienti.**

La dimissione dall'Ospedale di una persona non autosufficiente, che ha concluso il processo di cura nella fase acuta della malattia, comporta l'esigenza di gestire la fase di rientro in famiglia in modo appropriato e mirato.

Nelle situazioni di particolare complessità, l'inserimento in un centro attrezzato potrebbe contemperare il bisogno della persona da assistere con le esigenze della famiglia, assicurando, da un lato, il positivo recupero della salute e, dall'altro, consentire alla famiglia di organizzare in modo adeguato il rientro in famiglia.

La Direzione Sociale dell'Azienda, promuove, d'intesa con la Direzione Ospedaliera, iniziative progettuali finalizzate a rilevare il possibile fabbisogno di posti di residenzialità da dedicare alla accoglienza di persone non autosufficienti che potrebbero richiedere l'intervento di cui sopra.

Sulla base del fabbisogno rilevato, potranno essere attivati, nei limiti consentiti dal Regolamento Unico della Residenzialità, posti letto di residenzialità temporanea a supporto delle dimissioni protette di persone non autosufficienti; analogamente, si potrà procedere, mediante l'utilizzo di posti letto dedicati alla accoglienza di persone autosufficienti e, con oneri a carico del bilancio sanitario, alla accoglienza di persone dimissibili dall'Ospedale, che abbisognano di un periodo di convalescenza non gestibile a livello domiciliare.

### **8.3.5 I malati terminali : l'Hospice**

L'ULSS, nel triennio di vigenza del presente Piano, prevede l'attivazione a Portogruaro del già programmato Hospice extraospedaliero, dedicato alla accoglienza di malati terminali che richiedono interventi assistenziali complessi. L'Hospice, dotato di autonomia funzionale, sarà funzionalmente integrato con la rete di assistenza ai pazienti terminali. Questo primo Hospice avrà una capacità ricettiva di almeno 10 posti letto e potrebbe essere locato, nelle more della allocazione nella edificanda RSA di Portogruaro, presso un Centro di servizio della Residenzialità convenzionata.

Nel triennio di vigenza del presente piano, l'ULSS attiva specifici processi di verifica per individuare la reale consistenza del fabbisogno di posti per malati terminali e la possibile localizzazione di un secondo Hospice presso un centro di servizio dell'area sandonatese.

### **8.3.6 L'accoglienza residenziale di persone disabili.**

Le persone con disabilità, insorta in età evolutiva, ospiti di comunità alloggio o di RSA, possono accedere ai trattamenti di residenzialità riservati alle persone in condizione di non autosufficienza.

I Centri di Servizio del territorio, d'intesa con la Direzione Sociale dell'ULSS, possono attivare nuclei di residenzialità riservati a persone disabili con deficit intellettivo o con deficit sensoriale (ciechi o sordi).

## **8.4 I nuclei Speciali**

### **a) La Sezione di Alta Protezione Alzheimer (SAPA).**

La Sezione SAPA, attiva presso il centro di Servizi S. Margherita di Fossalta di Portogruaro, è un nucleo di accoglienza temporanea, dotato di 10 posti letto, dedicato a persone con diagnosi di demenza di tipo Alzheimer con la funzione di sviluppare specifici programmi di riabilitazione e di compensazione sanitaria al fine di consentire la gestibilità dei processi assistenziali del paziente in casa propria. Il soggiorno in SAPA di una persona con demenza consente alla famiglia di affinare le conoscenze della specifica patologia e di acquisire adeguate conoscenze circa le strategie assistenziali più efficaci.

L'accoglienza in strutture residenziali di persone con demenza, che non possono essere adeguatamente assistite in casa, deve trovare risposta in appositi nuclei che ogni Centro di

Servizio, in attesa del riconoscimento dei Nuclei di RSA, nei termini programmati alla tabella 5 (in appendice), può organizzare all'interno della propria organizzazione.

#### **b) La Sezione Stati Vegetativi Permanenti.**

L'Azienda ULSS dispone di 10 posti letto, autorizzati con DGR 2209/2001, ed espressamente dedicati alla assistenza di pazienti in coma neurovegetativo permanente. Tali posti sono allocati presso la Residenza S.Margherita di Fossalta di Portogruaro e formano la Sezione per le persone in Stato Vegetativo Permanente (S.V.P.).

Da specifici monitoraggi, ripetuti nel tempo, emerge che lo standard di utilizzo dei posti disponibili del servizio è elevatissimo e costante, a conferma della validità della formula adottata dalla Regione con la citata deliberazione.

La ricognizione effettuata tra i Presidi Ospedalieri dell'Azienda ( S. Donà, Jesolo e Portogruaro) e tra i distretti Socio Sanitari evidenzia che una decina di pazienti attendono di entrare nella struttura in parola. Una adeguata risposta a questo fabbisogno consentirebbe di alleggerire il carico assistenziale negli ospedali e, nel contempo, di assicurare alle famiglie la garanzia di una assistenza adeguata al congiunto malato.

A fronte di tale situazione, considerata la disponibilità già manifestata sia all'Azienda che alla Regione dal Centro di Servizio "Monumento ai Caduti in guerra" di San Donà di Piave, il Piano si propone di ampliare l'offerta di residenzialità specifica attivando una seconda sezione di residenzialità per pazienti in Stato Vegetativo Permanente, presso il Centro di Servizio predetto ( vedi anche il § 8.5 "progettualità innovative e sperimentali" punto c).

#### **8.5 Progettualità innovative e sperimentali.**

In relazione alle previsioni della DGRV 457/2007 (punto 7 lett. f) si prospettano le seguenti aree di intervento progettuale sperimentale mediante l'impiego dell'1,5% della disponibilità di impegnative assegnate ( 9 impegnative per l'anno 2007 in riferimento a 607 impegnative assegnate e 11 impegnative alla fine dell'anno 2007, in riferimento alla dotazione globale di 703 impegnative disponibili).

Con il presente Piano vengono attivati, nei limiti delle risorse disponibili, i seguenti interventi :

a) Interventi assistenziali integrativi in situazioni di sopraggiunta gravità in ospiti di strutture assistenziali autorizzati ad erogare prestazioni di intensità ridotta/minima.

Nel Veneto Orientale, quattro Centri di servizio attivi non dispongono di nuclei per l'erogazione di prestazioni di intensità media. Nelle situazioni di aggravamento della persona assistita, tali strutture incontrano rilevanti difficoltà nell'assicurare, in forma continuativa, prestazioni rispondenti ai bisogni della persona stessa, nonostante le opportunità offerte dall'art. 3 della convenzione che regola i rapporti tra il Centro di servizio e l'ULSS.

Il presente Piano consente di riconoscere una integrazione alla quota di intensità ridotta /minima quale corrispettivo per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie rispondenti ai bisogni assistenziali di maggiore intensità, definiti in apposito progetto individualizzato

Il programma individualizzato è predisposto dalla UOI del centro interessato e valutato e approvato dalla UVMD.

L'entità della integrazione in questione non potrà superare il valore della quota riconosciuta per gli interventi di assistenziali di livello medio.

b) Progetto di raccordo tra casa e Centro Residenziale .

Il progetto consiste nella possibilità di offrire accoglienza diurna “allargata” (semiresidenzialità) con (eventuale, saltuaria) possibilità di pernottamento, a persone, assistite in casa, in condizioni di particolare complessità.

In relazione al bisogno della persona e della famiglia, il progetto prevede la possibilità di accoglienza diurna dilatata fino a 12 ore, anche al sabato e alla domenica. L’ULSS, previa specifica convenzione, sostiene il progetto anche negoziando, per ogni giorno di ospitalità allargata, il valore della quota di ospitalità da corrispondere al Centro di Servizio anche in misura superiore a quello previsto per i Centri Diurni socio sanitari. Il progetto assistenziale è personalizzato e viene definito dalla UVMD, considerati i bisogni di salute e di assistenza della persona, e la volontà della famiglia a garantire l’impegno assistenziale a domicilio. L’Azienda ULSS promuove intese con i Comuni interessati e con i Centri di Servizio, che dispongono di specifici posti di accoglienza diurna, per la definizione di apposti progetti sperimentali finalizzati alla incentivazione del Centro Diurno (vedi § 6).

La realizzazione di detti progetti è sostenuta mediante l’utilizzo di una quota di risorse dedicata al sollievo (vedi Piano Locale della Domiciliarità § 6.3) e, nei limiti della sperimentazione, mediante l’impiego di quote regionali assegnate per la gestione di Centri Diurni Socio sanitari.

c) attivazione di una mini sezione dedicata alla accoglienza di persone in Stato Vegetativo Permanente.

In attesa della attivazione di una sezione dedicata alla accoglienza di persone in stato vegetativo (vedi precedente § 8.3.5), il Centro di Servizi Monumento ai Caduti in guerra, di S. Donà di Piave è disponibile ad organizzare l’assistenza di alcune persone in stato Vegetativo permanente impegnandosi a gestirne i processi assistenziali in conformità ai profili standard disposti dalla Regione. L’importo globale della retta non potrà essere superiore a quello riconosciuto dalla Regione per la Sezione Stati Vegetativi Permanenti e prevede il concorso della famiglia del paziente assistito. Ai fini della gestione dei processi assistenziali rivolti alle persone in stato vegetativo, sarà stipulato apposito atto convenzionale per definire il trasferimento delle risorse necessarie in relazione al progetto assistenziale.

## 9 - Fabbisogno Finanziario

### 1. Progettazione specifica

- **Interventi di sollievo:** vedi previsioni di fabbisogno finanziario e relative risorse esposte nel Piano Locale della Domiciliarità (accoglienza temporanea per interventi di sollievo alla famiglia e per situazioni di emergenza sociale);
- **Attività di prevenzione delle malattie degenerative:** campagna informativa : € 10.000 per anno ( da inserire nei programmi di formazione e di educazione sanitaria del Dipartimento di Prevenzione);
- **Attivazione di Centri Socio Sanitari Diurni:** vedi previsioni di spesa e relative risorse indicate nel Piano Locale della Domiciliarità ;
- **Interventi di supporto psicologico a persone in condizione di demenza, con cerebrolesioni acquisite e pazienti oncologici** in fase terminale assistite in casa e alle rispettive famiglie : € 81.727,00/anno (già inseriti nei programmi dell’Azienda Socio Sanitaria in dipendenza del vigente Piano di Zona dei servizi sociali);

- **Progettazioni innovative e sperimentali.** Gli interventi programmati saranno realizzati mediante l'utilizzo di una quota dell'1,5% della assegnazione di impegnative di residenzialità di intensità assistenziale ridotta/minima e di eventuali altre impegnative disponibili.
- 2. **Ospitalità temporanea** di persone non autosufficienti dimesse dall'Ospedale (dimissioni protette) o ai fini della gestione del processo di rientro in famiglia, mediante l'utilizzo delle risorse non vincolate del Fondo Sanitario Regionale; potranno essere, altresì, utilizzate le quote sanitarie disponibili nei limiti dei posti stabiliti dal Regolamento Unitario della Residenzialità.
- 3. **Attivazione di un Hospice** per malati terminali presso un Centro di Servizio del territorio. Per l'anno 2007, è prevista l'attività di programmazione e di progettazione del servizio (individuazione della struttura e definizione di convenzioni per la gestione) e l'avvio dello stesso nell'ambito delle risorse aziendali.
- 4. **Funzioni di coordinamento** da parte della ULSS per la realizzazione del Piano (utilizzo delle risorse aziendali previste nel Piano Locale della Domiciliarità).

## **10 - Rendiconti gestionali e finanziari.**

L'Azienda ULSS, nel quadro della relazione annuale sui servizi, dedica una apposita sezione finalizzata ad evidenziare le risultanze dello sviluppo dell'attività programmata con il presente Piano.

In particolare, i dati di maggiore rilievo riguardano i seguenti aspetti:

- a) livello di raggiungimento degli obiettivi e delle priorità riferite ai singoli anni di attività del Piano;
- b) le risultanze di rendiconto gestionale e finanziario con particolare riferimento all'impiego delle impegnative per la realizzazione di progetti innovativi;
- c) i livelli organizzativi e assistenziali con riferimento all'impatto dei nuovi standard sui singoli Centri di servizio.

A partire dal 1.07.2007, l'ULSS 10 rilascia le impegnative per l'accesso ai centri di servizio scelti dai cittadini residenti nel territorio di competenza assicurando la liquidazione dei corrispettivi sulla base del rendiconto mensile delle presenze relativo alle persone che hanno usufruito delle prestazioni di assistenza residenziale, ricevuto dai Centri di Servizio in conformità alle disposizioni regionali di cui alla DGR 457/2007 punto 2.

La rendicontazione alla Regione della gestione delle impegnative sarà operata in conformità alle disposizioni che la Regione stessa emanerà in materia, avuto specifico riguardo alle impegnative equivalenti e alle giornate di effettivo utilizzo delle stesse. Detta rendicontazione comprenderà anche i rendiconti per singolo Centro di Servizio accreditato esistente nel territorio mediante l'utilizzo dei moduli messi a disposizione dalla Regione.

L'ULSS assicura, altresì, l'assolvimento del debito informativo nei confronti della Regione mediante l'indirizzamento dei dati di gestione delle impegnative liquidate ai Centri di Servizio che ospitano persone in condizione di non autosufficienza provenienti dal proprio territorio.



## 11 - La Valutazione

L'ULSS assicura l'attività di valutazione dei risultati del presente Piano avvalendosi di un nucleo di valutazione permanente costituito da operatori della stessa ULSS, dei Comuni, dei Centri della residenzialità e delle Organizzazioni di volontariato.

Detto nucleo sviluppa l'attività valutativa del Piano con particolare riferimento ai seguenti ambiti di intervento di particolare rilievo:

- monitoraggi e analisi della domanda di domiciliarità e di residenzialità;
- rilevazione della qualità delle prestazioni erogate a domicilio e nei centri residenziali;
- interventi a supporto psicologico alle famiglie;
- attivazione di un Hospice;

### APPENDICE

**Tabella 1**

**Articolazione del sistema di offerta esistente dei servizi residenziali al 31.12.06.**

Distretto	Comuni	Centri di Servizio	capacità ricettiva	Posti letto autorizzati		Posti letto distinti per intensità assistenziale			Posti di sollievo	Riferimenti autorizzativi
				Per non autosuff.	per autosuff**	1° liv.	2°iv	SAPA/SVP		
1	Meolo	I Tigli	10	10		10				Delib D.G. 311 del 28.06.2006
1	S.Donà di Piave	Monumento ai Caduti in Guerra	170	170		143	24		1	Delib D.G. 306 del 29.06.2006
2	Carole	Don Moschetta	86	86		86			2	Delib D.G. n 310 del 29.06.2006
2	S.Michele al T.	Ida Zuzzi	52	52		52				Delib D.G. n 315 del 29.06.2006
3	Fossalta di P.Villanova	Resid.Santa Margherita	140 **	140*		96	24	10+10	2	Delib D.G. n 506 del 29.09.2006
3	Portogruaro	R. A. Francescon	154	122	32	98	24		2	Delib D.G. n 314 del 29.06.2006
3	S.Stino di L.	C.F.F.Zulianello	60	60		60			1	Delib D.G. n 175 del13.04.05
<b>Totali</b>			<b>672</b>	<b>640*</b>	<b>32</b>	<b>535</b>	<b>72</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	

\*sono incluse la sezione SAPA e la sezione S.V.P.

\*\* Il centro Servizi S. Margherita dispone di una capacità ricettiva potenziale di 186 posti letto (+ 46) utilizzabili con differente assetto organizzativo dell'intera struttura. I posti predetti sono già stati giudicati idonei sotto il profilo strutturale per l'accoglimento di persone non autosufficienti.

**Tabella 2- /Sezione 1-**

**Articolazione della programmazione e della qualificazione del sistema di offerta.  
Strutture esistenti.**

Centri di Servizio	Posti letto autorizzati ed attivi al 31.12.2006	di cui posti letto autorizzati ed attivi con impegnative al 31.12.2006			Piano di Zona per l'anno 2007			Piano di Zona per per l'anno 2008/2009			Totale triennio 2007/2009
		Ridotta /minima	Intensità Media	Sapa/ S.V. P.	I°liv	II Liv.		Intensità ridotta/minima	Intensità media	Sapa	
I Tigli	10	10			90			113			113
Monumento ai Caduti in Guerra	170	143	24		146	24		146	24		170
Don Moschetta	86	76			90			90			90
Ida Zuzzi	52	52			90			90			90
Res.Santa Margherita	140	96	24	10+10	96	24	10	96	24	10	130
R. A. Francescon	122	98	24		98	24		98	24		122
C.F.F. Zulianello	60	60			60			60			60
	<b>640</b>	<b>535</b>	<b>72</b>	<b>20</b>	<b>670</b>	<b>72</b>	<b>10</b>	<b>693</b>	<b>72</b>	<b>10</b>	<b>775</b>

**Tabella 2 Sezione 2.-** Articolazione della programmazione e della qualificazione del sistema di offerta- Nuove strutture

Distretto	Abitanti 31.12.05	Sede Centro di Servizio	Centri di servizio	Piano di zona per il triennio 2007/2009 per le nuove strutture			Totali triennio
				2007	2008	2009	
1		S. Donà di P.	Villa Serena	90	90	90	90
	<b>76.249</b>						
2		Caorle	Opera I.C.	90	90	90	90
2		Jesolo	Residenza	63	90	90	90
	<b>60040</b>						
3		Cinto C.	Residenza		30	30	30
3		Gruaro	Residenza	60	90	90	90
3		Portogruaro	Residenza	60	60	60	60
	<b>70.522</b>						
	<b>206.811</b>			<b>363</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>

**Tabella 3.**

**Articolazione della programmazione e della qualificazione del sistema di offerta. Processo di sviluppo dei Centri Diurni per il 2007 .**

Distretto	Comuni	Centri di Servizio	Piano di Zona 2003/2005 (posti programmati)	Trattamenti attivati al 31.12.2006	Piano di Zona 2007/2009	Impegnative di semiresid. Anno 2007
1	Meolo	I Tigli			15	4
1	S.Donà di Piave	Villa Serena			10	
1	S.Donà di Piave	Monumento ai Caduti in Guerra	20	3	20	20
2	Carole	Don Moschetta	4	3	10	10
2	Carole	O.I.C.			10	
2	S.Michele al T.	Ida Zuzzi	4		10	10
3	Fossalta di P.Villanova	S. Margherita				
3	Portogruaro	R. A. Francescon	12	4	20	20
3	S.Stino di L.	C.F.F.Zulianello	4	3	6	6
<b>Totali</b>			<b>44</b>	<b>13</b>	<b>101</b>	<b>70</b>

Nb. 1- Il numero di posti di accoglienza diurni è definito in relazione al fabbisogno di residenzialità stabilito in 1014 posti letto per l'anno 2007. Il numero di posti potrà essere variato negli anni 2008/09 in relazione alla rideterminazione del fabbisogno di residenzialità operata annualmente dalla Regione.

2- Il numero di impegnative di semiresidenzialità fruibili è determinato nella misura del 10 % delle impegnative di residenzialità (703) riconosciute per l'anno 2007. Pertanto le impegnative di semiresidenzialità che possono essere rilasciate nel 2007 sono pari a 70.

Distretto	Abitanti 31.12.05	Sede Centro di Servizio	Centri di servizio	Piano di Zona 98/2000	Piano di Zona 2003/20 05	Piano di sviluppo 2006/2010 (da P.d.Z 2003/2005)	Posti letto Autorizzati al 31.12.2006		Piano di Zona 2007/2009 (in conformità a parametri regionali e con riferimento alla popolazione residente al 31.12. anno precedente)				Piano di sviluppo 2010/2016 (totale)
							Attivi	di cui con impegnativa	2007 °	2008	2009	Totali triennio	
1		Meolo	i Tigli	n.p.*	90	90	10	10	90	+9	+14	113	120
1		S. Donà di P.	Monumento Caduti in g.	171	149	149	170	167	170			170	170
1		S. Donà di P.	Villa Serena	80	90	90			90			90	90
	<b>76.249</b>											<b>373</b>	<b>380</b>
2		Caorle	Don Moschetta	68	60	60	86	76	90			90	90
2		Caorle	Opera I.C.	120	120	120			90			90	90
2		Eraclea	Residenza	n.p*	n.p*	n.p*						p.l.n.p.**	60
2		Jesolo	Residenza	60	90	90			90			90	90
2		S. Michele T.	Ida Zuzzi	30	90	90	52	52	90			90	90
	<b>60040</b>											<b>360</b>	<b>420</b>
3		Cinto Caom.	Residenza	n.p.*	p.l.n.p.**	79			30			30	60
3		Concordia	Residenza	n.p.*	n.p*	n.p.*						p.l.n.p.**	43
3		Fossalta di P.Villanova	R. S. Marcherita.	120	120	120	140	140	130***			130***	130***
3		Gruaro	Residenza	n.p*	40	90			76	+14		90	90
3		Portogruaro	Francescon	100	120	120	122	122	122			122	122
3		Portogruaro	Residenza	90	60	60			60			60	60
3		S.Stino L.	C. R. F. F.Ili Zulianello	60	60	60	60	60	60			60	60
	<b>70.522</b>											<b>492</b>	<b>565</b>
	<b>206.811</b>			<b>899</b>	<b>1089</b>	<b>1218</b>	<b>640</b>	<b>627</b>	<b>1188</b>	<b>1211</b>	<b>1225</b>	<b>1225</b>	<b>1365</b>

°per l'anno 2007 i  
posti letto  
autorizzabili alla  
realizzazione ed  
all'esercizio, fatto  
salvo l'eventuale  
aggiornamento  
regionale con  
riferimento al dato  
demografico del  
31.12.06 , restano  
pari a 1115 posti  
come da tabella 2  
sez. 1 e 2.

\* = struttura non prevista; \*\*= posti letto non previsti; \*\*\*= sono esclusi i p.l. Sezione Stati Vegetativi Permanenti

Distretto	Comuni	Centri di Servizio	Posti letto autorizzati ed attivi al 31.12.06	di cui posti letto autorizzati ed attivi con impegnative al 31.12.2006			Piano di zona 2007/2009 (totale p.letto 1225)			Piano di Sviluppo 2010/2016 * (totale p.letto 1365)			
				Ridotta /minima	Intensità Media	Sapa/ S.V.P.	Intensità ridotta/minima	Intensità media	Sapa	intensità ridotta/minima	Intensità media	sapa	
1	Meolo	I Tigli	10	10			113			120			* trattasi di indicazioni programmatiche . Il riconoscimento, infatti, sia dei nuovi posti letto autorizzabili alla realizzazione ed all'esercizio sia del livello di intensità di assistenza sanitaria media, resta comunque subordinato alle previste specifiche determinazioni regionali
1	S.Donà di Piave	Monumento ai Caduti in Guerra	170	143	24		146	24		146	24		
1	S.Donà di Piave	Villa Serena					90			66	24		
2	Caorle	Don Moschetta	86	76			90			90			
2	Caorle	Opera I.C.					66	24		66	24		
2	Eraclea	Residenza								60			
2	Jesolo	Residenza						90			90		
2	S.Michele al T.	Ida Zuzzi	52	52			90			90			
3	Cinto C.	Residenza					30			60			
3	Concordia	Residenza								43			
3	Fossalta di P.Villanova	Res.Santa Margherita	140	96	24	10+10	96	24	10	96	24	10	
3	Gruaro	Residenza					90			90			
3	Portogruaro	R. A. Francescon	122	98	24		98	24		98	24		
3	Portogruaro	Residenza						60			60		
3	S.Stino di L.	C.F.F.Zulianello	60	60			60			60			
<b>Totali</b>			<b>640</b>	<b>535</b>	<b>72</b>	<b>20</b>	<b>969</b>	<b>246</b>	<b>10</b>	<b>1085</b>	<b>270</b>	<b>10</b>	