

AREA ANZIANI



1. Breve profilo dell'area

In questi ultimi anni si è sviluppata una notevole attenzione verso la persona anziana, sia per la consapevolezza del crescente numero di anziani, sia per la notevole sensibilizzazione delle istituzioni e dei gruppi organizzati ai bisogni della persona.

Si sottolinea come il processo d'invecchiamento descrive nelle persone un fenomeno diversificato ed eterogeneo.

Le differenti modalità di invecchiare sono riconducibili ad una multifattorialità in cui giocano un ruolo importante il corredo genetico-biologico, la trasmissione culturale, l'ambiente, le esperienze vissute, le opportunità incontrate, il contesto sociale, la struttura di personalità, le condizioni di salute e la condizione economica.

L'aspetto psicologico dell'invecchiamento è stato considerato come disimpegno progressivo da ogni forma di attività e di relazione interpersonale, ritiro affettivo dalle condizioni significative per l'esistenza umana, incapacità di rispondere alle esigenze sempre più rapidamente rinnovate di un mondo in continua trasformazione.

La vecchiaia e ancor più la longevità corrispondono ad un periodo in cui possono accadere plurime perdite: accanto a quelle funzionali, motorie e cognitive spesso si accompagnano perdite affettive, come la vedovanza, la scomparsa di amici e conoscenti che non sempre e per diversi motivi sono seguiti da un appropriato processo di elaborazione.

Le perdite si accumulano ad altre anche di peculiare significato: l'interruzione di impegni, attività, interessi può generare implicazioni negative del personale senso di identità e delle capacità di iniziativa e di scelta, la perdita del ruolo sociale di lavoratore può causare solitudine e diventare una condizione di intensa sofferenza.

Accanto a possibilità positive di confronto e superamento si possono riscontrare tendenze verso una situazione di atteggiamento pessimista e di depressione.

Le potenzialità della persona, disposte secondo la natura dell'essere umano e non secondo la sua età, possono alimentare la forza propulsiva che consente la prosecuzione e la compiutezza del proprio progetto e possono ridestare un processo creativo dalle multiformi espressioni.

Ogni persona ha un percorso esistenziale diverso che oscilla tra la rassicurante continuità e le possibilità di cambiamento.

Indipendente dalla sua natura, ogni cambiamento comporta una risposta adattiva da parte dell'individuo che deve adeguare il proprio modo d'agire e di pensare alla mutata situazione in cui si trova a vivere.

L'adattamento del singolo al processo di senescenza è funzione dell'equilibrio in atto fra sistemi cognitivi e motivazionali che operano in lui.

I comportamenti e gli atteggiamenti delle persone anziane sono quindi condizionati dai propri bisogni, nonché dalle aspettative della famiglia e della società.

Il patrimonio genetico, l'ambiente, l'educazione ricevuta, le esperienze vissute, le perdite sofferte, elaborate o lungamente depresse, la semantica degli affetti, il progetto individuale, le opportunità e le difficoltà incontrate, le malattie ed eventuali traumi subiti, gli interessi, le curiosità, le potenzialità dispiegate ed ancora in gioco, il desiderio di essere, tracciano un percorso esistenziale e riconsegnano all'uomo e alla donna in vecchiaia una singolare storia tra la spinta all'adempimento ed il reclino alla resa, tra la rassicurante continuità e la possibilità di cambiamento.

Pertanto, il protagonismo nelle scelte, le relazioni intrafamiliari ed amicali, la realizzazione di sé, il sentirsi utile, la partecipazione sociale e politica la garanzia di protezione e cure sono i bisogni emergenti della persona anziana.

Il gruppo di lavoro, nell'analisi di tali tematiche ha evidenziato come prioritarie le problematiche collegate alla perdita di autonomia dell'anziano.

Si evidenzia, infatti, come la famiglia, sempre più ridotta ed impegnata nel campo lavorativo, sottolinea la volontà di mantenere la persona anziana che presenta anche disabilità psico fisiche nel proprio ambiente, richiedendo aiuti domiciliari e territoriali.

Le richieste espresse dalla persona anziana e dalla sua famiglia ai servizi del territorio sono:

- l'informazione sui servizi,
- la facilità di accesso,
- la tempestività di risposte ai bisogni,
- l'umanizzazione e la personalizzazione degli interventi assistenziali.

Alla luce di quanto emerso, il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno rilevare i servizi e le risorse esistenti nel territorio.

L'indagine, condotta tramite questionario, ha coinvolto tutti i Comuni dell'Ulss. n.7 ed ha rilevato le prestazioni socio assistenziali erogate dalle varie Istituzioni formali ed informali presenti nel territorio.

Dall'indagine emerge in modo omogeneo e rilevante nel territorio la presenza di attività di animazione, socializzazione ed educazione ginnica; di momenti di incontro quali il turismo sociale, i soggiorni climatici; di partecipazione alla vita comunitaria attraverso la formazione e l'attività retribuita, che favoriscono i momenti di aggregazione, conservano le relazioni e la vita attiva.

I servizi di assistenza domiciliare intesi come prestazioni assistenziali e sanitarie che comprendono attività di aiuto domestico, di cura della persona, di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative, garantiscono la permanenza della persona anziana nel proprio domicilio.

La tipologia delle persone a cui si rivolgono i servizi presenta disabilità psico fisiche di diversa natura e gravità e, pertanto, il supporto è rivolto al sostegno alla persona anziana e alla sua famiglia.

I servizi residenziali che comprendono le case di riposo ed i centri diurni, rivolgono l'attenzione soprattutto agli individui con perdita di autonomia, non in grado di essere accuditi dal proprio nucleo familiare.

L'emergere di nuove attività e prestazioni, come la creazione dei centri diurni e l'ADI, auspicati dal precedente piano di zona, rappresentano un'ulteriore risorsa ai bisogni della persona.

L'azione di sinergia dell'ADI con i servizi del territorio permette l'efficacia di risposte socio assistenziali alla persona anziana che viene, fin dove è possibile, assistita nel proprio domicilio.

E' in questo contesto operativo che si realizza l'incontro delle diverse figure professionali che interagiscono in un progetto comune per il benessere psico-fisico-relazionale della persona anziana.

A fronte di richieste di mantenimento dell'anziano a domicilio, laddove l'assistenza non è percorribile con i servizi socio sanitari del territorio, l'Ulss n.7 dispone di convenzione con n. 5 centri diurni socio sanitari, che svolgono la loro attività in particolare in strutture residenziali, prevedendo il rientro giornaliero dell'anziano a domicilio.

Attualmente la dislocazione territoriale dei centri diurni socio sanitari deve essere rivista, al fine di una maggior razionalizzazione del servizio, in funzione delle principali arterie di comunicazione e delle concentrazioni abitative.

Dall'elaborazione dell'inchiesta sono state individuate le strategie socio assistenziali a sostegno della famiglia, quali l'aumento e miglioramento della sorveglianza continuativa delle persone con perdita di autonomia e la razionalizzazione dell'accoglienza temporanea.

Gli interventi da attuare nel presente piano di zona prevedono la realizzazione dei programmi a supporto della famiglia mediante:

- interventi educativi e di natura assistenziale affinché la famiglia possa sostenere il carico della persona anziana con perdita di autonomia;

- istituzione di posti letto in strutture specializzate, per persone affette da demenza con gravi disturbi comportamentali con attivazione di una rete funzionale per la diagnosi precoce e l'assistenza nelle varie fasi della malattia;
- regolamentazione ed aumento dei ricoveri di sollievo intesi come ricoveri temporanei presso strutture residenziali, a sostegno della famiglia che assiste in maniera continuativa l'anziano non autosufficiente a domicilio e che necessita di periodi di sollievo;
- erogazione di sostegno economico alla famiglia che assiste persone anziane con perdita di autonomia, che non usufruisce di ricoveri permanenti in strutture residenziali.

Con il presente piano di zona si è inteso dare una risposta ai bisogni di autonomia della persona anziana, mediante interventi di sostegno alla famiglia, per il mantenimento dell'anziano nel proprio contesto abitativo e sociale, con la convinzione che la famiglia è intesa come luogo di appartenenza e di relazione e rappresenta una dimensione della salute.

2. I bisogni e le politiche sociali

L'invecchiamento demografico di persone anziane, inteso come risultato del prolungamento della vita e dell'aumento dei livelli di qualità dell'esistenza è in considerevole aumento.

L'invecchiamento avviene in maniera graduale ed abbraccia tutte le componenti della persona.

Il principio dell'inevitabilità e della progressività del declino delle attività funzionali possono condurre all'emarginazione affettiva, all'isolamento ed emarginazione culturale, all'isolamento produttivo, emarginazione dal lavoro e all'isolamento sociale.

L'analisi dei bisogni della persona anziana è stata condotta tenendo in considerazione quattro macrovariabili: rapporti affettivi, culturali, produttivi e partecipazione politica.

I bisogni, derivanti dalla dimensione di salute risultano essere i seguenti:

- protagonismo nelle scelte
- relazioni intrafamiliari
- realizzazione di sé
- relazioni amicali
- bisogno di sentirsi utile
- partecipazione sociale
- partecipazione politica
- garanzia di protezione e cure

Il principio dell'inevitabilità e della progressività del declino delle attività funzionali possono condurre alle macro aree di disagio quali l'emarginazione affettiva, l'isolamento ed emarginazione culturale, l'isolamento produttivo, emarginazione dal lavoro, l'isolamento sociale ed il timore di perdita di autonomia psico fisica.

Ad ogni macro area di disagio si evidenziano i disagi socio relazionali, i fattori di rischio, le aspettative e le politiche sociali.

AREA DI DISAGIO	
Emarginazione affettiva	
Disagi socio relazionali	
<ul style="list-style-type: none"> - Svalutazione di sé - Perdita di identità affettiva - Senso di inutilità - Isolamento affettivo - Perdita di autonomia psicofisica 	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacità di valutazione pessimismo - Comportamenti distorti - Tendenze oppostive, indifferenza, disimpegno - Passività - Istituzionalizzazione impropria
Fattori di rischio	
<ul style="list-style-type: none"> - Rottura di coppia - Distacco dai figli - Perdita affettiva per evento naturale 	<ul style="list-style-type: none"> - Incoerenza e discordanze all'interno della famiglia - Timore di perdita di autonomia

AREA DI DISAGIO	
Isolamento ed emarginazione culturale	
Disagi socio relazionali	
<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento - Pessimismo - Solitudine - Passività - Perdita di valori - Perdita del ruolo culturale - Perdita di interessi e conoscenza dell'evoluzione sociale - Perdita della flessibilità culturale - Dipendenza culturale 	<ul style="list-style-type: none"> - Perdita della capacità di scelte - Perdita della possibilità di progettazione della propria vita - Perdita dei ritmi personali acquisiti - Perdita di solidarietà sociale - Perdita della rete amicale - Mancata crescita personale - Parziale comprensione e partecipazione all'evoluzione dei modelli culturali
Fattori di rischio	
<ul style="list-style-type: none"> - Carenza scolastica - Perdita della trasmissione e della cultura intergenerazionale - Rigidità della struttura sociale nelle risposte 	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura individualistica della società - Carenza di occasioni culturali e di socializzazione - Eccesso di stimoli senza rielaborazione (es. TV)

AREA DI DISAGIO	
Isolamento produttivo ed emarginazione dal lavoro	
Disagi socio relazionali	
<ul style="list-style-type: none"> - Perdita del ruolo produttivo - Riduzione del reddito economico - Perdita di qualità di vita 	<ul style="list-style-type: none"> - Crisi di identità produttiva - Senso di inutilità - Impossibilità di ruolo produttivo - Adeguamento al ruolo di passività
Fattori di rischio	
<ul style="list-style-type: none"> - Rigidità del sistema produttivo - Difficoltà di permanere nel mondo del lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> - Rigida classificazione del ruolo improduttivo dell'anziano - Pensionamento

AREA DI DISAGIO	
Isolamento sociale	
Disagi socio relazionali	
<ul style="list-style-type: none"> - Mancata partecipazione alle scelte politiche - Isolamento - Perdita del proprio contesto sociale - Difficoltà di risposte ai bisogni 	<ul style="list-style-type: none"> - Esclusione dai contesti di vivere sociale - Insicurezza - Disorientamento - Paura
Fattori di rischio	
<ul style="list-style-type: none"> - Esclusione dalle scelte politiche - Decentralità urbana carenza di politica abitativa - Presenza di barriere architettoniche 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà a relazionarsi - Distacco dalle istituzioni - Pericolo di raggio - Perdita di diritti

I disagi socio relazionali, i fattori di rischio e le aspettative sopra individuati sono stati graduati, in ordine alle priorità di intervento, secondo i seguenti criteri, ai quali è stato attribuito analogo peso:

- gravità,
- fattibilità dell'intervento tecnologica, politica ed economica,
- dimensione del bisogno.

Disagi	Gravità		Dimens.		Fattibilità		Somma ponder.	Grad.
1. Isolamento, solitudine	3,92	2	4,73	3	5,30	1	6	1
2. Perdita di autonomia	1,50	1	5,82	4	6,20	3	8	2
3. Perdita del ruolo familiare, culturale, produttivo	4,84	3	3,64	2	6,90	4	9	3
4. Svalutazione di sé, senso di inutilità	5,50	4	3,46	1	8,34	7	12	4
5. Perdita della solidarietà sociale	9,42	11	7	5	8,34	8	24	5
6. Incapacità di valutazione	8,19	7	10,30	13	7,80	5	25	6
7. Perdita di interessi e conoscenza	9,19	9	9,50	10	8	6	25	7
8. Comportamenti distorti	10,37	13	10,10	11	5,78	2	26	8
9. Riduzione del reddito economico	6,67	5	8,60	7	10,78	15	27	9
10. Pessimismo	10,19	12	7	6	8,67	10	28	10
11. Perdita della capacità di scelte e della possibilità di	7,28	6	8,80	8	9,90	14	28	11
12. Mancata partecipazione alle decisioni politiche	13,50	15	9,19	9	8,56	9	33	12
13. Istituzionalizzazione impropria	9,42	10	10,19	12	8,67	11	33	13
14. Passività	9	8	11	14	11,89	16	38	14
15. Tendenze oppositive	11,55	14	11,70	15	8,80	12	41	15
16. Parziale comprensione e partecipazione all'evoluzione dei modelli	13,67	16	12,10	16	9,70	13	45	16

POLITICHE SOCIALI

- Ruolo attivo della persona anziana
- Autonomia psico fisica relazionale
- Prevenzione dell'isolamento

Fattori di rischio	Gravità		Dimens.		Fattibilità		Somma ponder.	Grad.
1. Carezza di servizi	7,34	4	7,12	5	5,6	2	11	1
2. Rigidità della struttura sociale nelle risposte	9,17	7	6,34	4	7	3	14	2
3. Perdita affetti familiari	3,5	1	4	1	11,2	14	16	3
4. Carezza di occasioni culturali e di socializzazione	10,10	10	7,34	6	5	1	17	4
5. Pensionamento	6,42	2	8,3	9	8,56	6	17	5
6. Difficoltà a relazionarsi	8	6	8,13	8	8	5	19	6
7. Poca comunicazione all'interno della famiglia	6,46	3	5,78	2	11,56	16	21	7
8. Carezza di politica abitativa	10,59	11	9,1	10	7,1	4	25	8
9. Rigida classificazione del ruolo improduttivo dell'anziano	7,59	5	7,4	7	10,7	13	25	9
10. Cultura individualistica della società	9,19	8	6,1	3	14,3	19	30	10
11. Presenza di barriere architettoniche	11,91	13	10,45	11	8,56	7	31	11
12. Eccesso di stimoli senza rielaborazione	12,37	14	11,89	14	9	8	36	12
13. Perdita di trasmissione della cultura intergenerazionale	11,42	12	10,9	12	11,34	15	39	13
14. Difficoltà di permanere nel mondo del lavoro	9,82	9	11,12	13	11,67	17	39	14
15. Decentralità urbana	13,10	18	12,88	16	9,34	9	43	15
16. Distacco dalle istituzioni	12,37	15	13,45	17	9,45	11	43	16
17. Esclusione dalle scelte politiche	12,73	16	16,23	19	9,34	10	45	17
18. Pericolo di raggio	14,10	19	15	18	10,23	12	49	18
19. Carezza scolastica	13	17	12	15	12,9	18	50	19

POLITICHE SOCIALI

- Favorire il lavoro di rete nel territorio
- Omogeneizzazione dei servizi
- Supporto psico sociale.

Aspettative	Gravità		Dimens		Fattibilità		Somma ponder.	Grad.
1. Continuità di assistenza	2,17	1	2,30	1	3,64	4	6	1
2. Umanizzazione e personalizzazione delle risposte assistenziali	3,09	2	2,90	2	3,28	2	6	2
3. Informazione sui servizi	3,92	4	3,70	4	1,82	1	9	3
4. Facilità di accesso ai servizi e consenso informato informazione sui servizi	4,17	5	3,60	3	3,55	3	11	4
5. Tempestività nelle risposte	3,50	3	3,90	5	4,28	5	13	5
6. Cultura dell'invecchiamento come valorizzazione di vita attiva	5,25	6	4,90	6	4,91	6	18	6
7. La buona morte	5,84	7	9,20	7	5,46	7	21	7

POLITICHE SOCIALI

Continuità e personalizzazione di risposte assistenziali ai bisogni della persona anziana

Le politiche sociali, espresse nella tabella che segue, derivano dalla valutazione delle priorità dei disagi socio relazionali, dei fattori di rischio e dalle aspettative.

La prevenzione dell'isolamento, il ruolo attivo, l'autonomia psico fisica relazionale, l'assistenza alla persona anziana intesa anche come continuità e personalizzazione delle risposte assistenziali, il sostegno economico ed il lavoro di rete, saranno gli elementi promotori delle azioni del presente piano di zona.

Variabili di bisogno	Politiche sociali
Emarginazione affettiva	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dei fattori di rischio quali il distacco dai figli e la perdita affettiva per eventi naturali, per favorire il mantenimento del proprio ruolo - Continuità e personalizzazione delle risposte assistenziali alla persona anziana - Autonomia psico fisica relazionale
Isolamento ed emarginazione culturale	<ul style="list-style-type: none"> - Riconoscimento di un ruolo attivo per la persona anziana - Persona anziana in grado di coltivare i propri interessi - Promozione della rete amicale
Isolamento produttivo ed emarginazione dal lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - Persona anziana con ruolo produttivo - Persona anziana in possesso di adeguate risorse economiche - Realizzazione di aspettative personali non soddisfatte in precedenza
Isolamento sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Persona anziana coinvolta nelle scelte di natura socio politica - Promozione di relazioni significative per la persona anziana

Aspettative

Le aspettative più frequenti, relative all'area in esame, sono le seguenti:

- informazione sui servizi;
- continuità di assistenza;
- umanizzazione e personalizzazione delle risposte assistenziali;
- facilità di accesso ai servizi e consenso informato;
- tempestività delle risposte;
- cultura dell'invecchiamento come valorizzazione di vita attiva.

3. Il sistema attuale delle prestazioni socio assistenziali e delle azioni organizzative e strutturali

Nel territorio dell'Ulss n.7 vengono erogate prestazioni da diversi servizi, quale risposta ai bisogni delle persone anziane.

Di seguito sono state elencate le prestazioni che consentono di riparare o prevenire situazioni di rischio e di danno, raggruppate secondo le macro aree di disagio.

Macroarea di disagio	Bisogni		Prestazioni di riparazione e di prevenzione	
1. Emarginazione affettiva	1.1	<p>Disagi socio relazionali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Svalutazione di sé - Perdita di identità affettiva - Senso di inutilità - Isolamento affettivo - Perdita di autonomia psicofisica - Incapacità di valutazione pessimismo - Comportamenti distorti - Tendenze oppostive, indifferenza, disimpegno - Passività - Istituzionalizzazione impropria 	1.1.a	<ul style="list-style-type: none"> - Centri ricreativi animazione - Socializzazione - Educazione ginnica - Turismo sociale – gite - Soggiorni climatici - Disbrigo domestico - Cura della persona - Sorveglianza continuativa - Accoglienza diurna - Accoglienza temporanea - riattivazione funzionale
	1.2	<p>Fattori di rischio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rottura di coppia - Distacco dai figli - Perdita affettiva per evento naturale - Incoerenza e discordanze all'interno della famiglia - Timore di perdita di autonomia 	1.2.a	<ul style="list-style-type: none"> - Ergoterapia - ristorazione - educazione alimentare - Cura dei capelli e della barba pedicure e manicure - Bagno protetto - Assistenza infermieristica
2. Isolamento ed emarginazione culturale	2.1	<p>Disagi socio relazionali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolamento - Pessimismo - Solitudine - Passività - Perdita di valori - Perdita del ruolo culturale - Perdita di interessi e conoscenza - Dell'evoluzione sociale - Perdita della flessibilità culturale - Dipendenza culturale - Perdita della capacità di scelte - Perdita della possibilità di progettazione della propria vita - Perdita dei ritmi per - Perdita di solidarietà sociale - Perdita della rete amicale - Mancata crescita personale - Parziale sonali acquisiti comprensione e partecipazione all'evoluzione dei modelli culturali 	2.1.a	<ul style="list-style-type: none"> - Centri ricreativi - Educazione ginnica - Formazione culturale - Turismo sociale - Soggiorni climatici - Inserimento gruppi di volontariato

Macroarea di disagio	Bisogni		Prestazioni di riparazione e di prevenzione	
Isolamento ed emarginazione culturale	2.2	fattori di rischio <ul style="list-style-type: none"> - Carenza scolastica - Perdita della trasmissione e della cultura intergenerazionale - Rigidità della struttura sociale nelle risposte - Cultura individualistica della società - Carenza di occasioni culturali e di socializzazione - Eccesso di stimoli senza rielaborazione (es. tv) 	2.2.a	<ul style="list-style-type: none"> - Cura della persona - Disbrigo domestico - Accoglienza diurna - Ristorazione - Educazione alimentare - Consulenza sociale
3. Isolamento produttivo, emarginazione dal lavoro e/ difficoltà economica	3.1	disagi socio relazionali <ul style="list-style-type: none"> - Perdita del ruolo produttivo - Riduzione del reddito economico - Perdita di qualità di vita - Crisi di identità produttiva - Senso di inutilità - Impossibilità di ruolo produttivo - Adeguamento al ruolo di passività 	3.1a	<ul style="list-style-type: none"> - Centri ricreativi - Inserimento attività retribuita - Inserimento gruppi di volontariato - Erogazione contributo economico - Ergoterapia
	3.2	fattori di rischio <ul style="list-style-type: none"> - Rigidità del sistema produttivo - Difficoltà di permanere nel mondo del lavoro - Rigida classificazione del ruolo improduttivo dell'anziano - Pensionamento 	3.2.b	

Macroarea di disagio	Bisogni		Prestazioni di riparazione e di prevenzione	
4. Isolamento sociale	4.1	disagi socio relazionali <ul style="list-style-type: none"> - Mancata partecipazione alle scelte politiche - Isolamento - Perdita del proprio contesto sociale - Difficoltà di risposte ai bisogni - Esclusione dai contesti di vivere sociale - Insicurezza - Disorientamento - Paura 	4.1 a	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione culturale - Inserimento gruppi di volontariato - Consulenza sociale - Segretariato sociale - Telecontrollo – telesoccorso - Abbattimento barriere architettoniche
	4.2	fattori di rischio <ul style="list-style-type: none"> - Esclusione dalle scelte politiche - Decentralità urbana carenza di politica abitativa - Presenza di barriere architettoniche - Difficoltà a relazionarsi - Distacco dalle istituzioni - Pericolo di raggio - Perdita di diritti 	4.2.b	

4. I soggetti erogatori e le strutture produttive

Tabella riassuntiva delle principali istituzioni presenti nel territorio ed elencazione delle unità operative nei singoli gruppi, che erogano le prestazioni alla persona anziana.

ISTITUZIONI	UNITÀ OPERATIVE
Comune	a) Ufficio servizio sociale b) Ufficio amministrativo servizi sociali c) Assistenza domiciliare d) Biblioteca e) Telesoccorso f) Centri ricreativi per anziani g) Ufficio sport (palestra) h) Ufficio per le attività culturali i) Ufficio segretariato sociale j) Soggiorni climatico k) Ufficio casa l) Polizia municipale
Unità locale socio sanitaria n. 7	a) Servizio cure primarie b) Consultorio familiare c) Ufficio invalidi d) Servizi di prevenzione
Istituti: - IPAB - Privato sociale - Privato commerciale - Ente morali, fondazioni	a) Mensa b) Pronta accoglienza c) Centro diurno d) Segretariato sociale e) Nuclei per autosufficienti e non autosufficienti f) Assistenza temporanea g) Lavanderia
- Volontariato - Associazioni di volontariato organizzato - Associazioni di volontariato spontaneo	a) Volontariato assistenziale b) Centri ricreativi c) Gruppo volontari socio assistenziali
Università terza età	a) Università terza età
Patronati di assistenza sociale	a) Patronato sindacale

Il gruppo di lavoro, per una precisa rilevazione delle prestazioni socio assistenziali erogate nel territorio dell'Ulss n.7, ha ritenuto necessario ed importante inoltrare agli uffici dei servizi sociali dei 28 Comuni appartenenti al territorio, un questionario di richiesta, per l'anno 2001, delle prestazioni fornite da ogni comune e le modalità di erogazione dei servizi.

Sono stati restituiti 19 questionari, con rilevazione dei servizi erogati nel territorio Ulss n.7, pari al 67% .

Di seguito si riportano i risultati dell'indagine:

Prestazioni socio assistenziali	Istituzioni/unità produttive erogatrici				
	Comuni		Ulss n.7 prot. int.	Istituti	Associazioni
	Diretta	Conven			
1. - Animazione	2			X	12
2. - Socializzazione	5	1		X	12
3. - Educazione ginnica				X	8
4. - Formazione culturale				X	X
5. - Turismo sociale – gite				X	7
6. - Soggiorni climatici	17	1			
7. - Inserimento attività retribuita	4	1			
8. - Inserimento gruppi volontariato	4	1			1
9. - Disgbrigo domestico	2	17			
10. - Cura della persona	2	17		X	
11. - Segretariato sociale	12	7		X	
12. - Erogazione contributo economico	19				
13. - Adeguamento manutenzione alloggio	4				
14. - Abbattimento delle barriere architettoniche	16				
15. - Telesoccorso/telecontrollo		19			
16. - Sorveglianza continuativa				X	
17. - Accoglienza diurna				X	
18. - Accoglienza temporanea				X	
19. - Riattivazione funzionale			19	X	
20. - Sostegno alla famiglia	X				
21. - Ristorazione		14		X	X
22. - Educazione alimentare	1	5		X	
23. - Cura dei capelli e della barba	2	13		X	
24. - Pedicure/manicure	2	14		X	
25. - Bagno protetto	2	14		X	
26. - Consulenza sociale	14	5		X	
27. - Trasporto	2			X	X

5. Prestazioni con processo produttivo integrato

Le prestazioni erogate, nelle tabelle che seguono, sono state riunite in tre gruppi, tenendo conto delle capacità funzionali dell'anziano di avvalersi delle attività e dei servizi.

Le prestazioni possono essere erogate da una o più istituzioni o agenzie secondo un progetto unitario che mira ad un unico risultato, prevedendo spesso metodologie di lavoro multiprofessionali e valutazioni multidisciplinari.

Di seguito viene riportata una breve descrizione dei servizi nel territorio.

<u>Prestazione</u>		
1. Servizi socio culturali, produttivi (<i>animazione, socializzazione, educazione ginnica, turismo sociale, gite, soggiorni climatici, formazione culturale, attività retribuita</i>)		
Istituzioni / Agenzie	Atto di intesa	Breve descrizione
1. Comuni 2. Volontariato spontaneo 3. Associazioni 4. Università adulti e terza età 5. Alberghi	Convenzioni	<p>I servizi socio culturali, produttivi, favoriscono e/o conservano le relazioni, i momenti d'incontro, la vita attiva e la partecipazione alla vita di comunità della persona anziana mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I momenti di aggregazione spontanea od organizzata con iniziative di svago: gioco delle carte, delle bocce, della tombola, iniziative varie ed attività ginnica - Attività turistica, quale occasione di svago che prevede gite con finalità ricreative, religiose, culturali e soggiorni climatici al mare, ai monti ed alle terme, per un recupero fisico e psichico, - Attività culturali che prevede un'articolazione di corsi, seminari ed iniziative di sviluppo attitudinale e complementare (es. visite culturali, incontri artistici) - L'inserimento in attività retribuite quali la vigilanza all'esterno delle scuole nell'attraversamento della strada o l'accompagnamento negli scuolabus.

2.	<u>Prestazione</u>	
	<i>Servizi di assistenza domiciliare: servizio sociale (segretariato sociale), assistenza domiciliare integrata (cura della persona e prestazioni infermieristiche), assistenza abitativa (adeguamento manutenzione alloggio, abbattimento barriere architettoniche), contributo economico.</i>	
	Istituzioni / Agenzie coinvolte	Atto di intesa
	Breve descrizione	
1. Regione Veneto	- Protocollo d'intesa	I servizi di assistenza domiciliare garantiscono la permanenza della persona anziana nell'ambito del proprio nucleo familiare con interventi di: - Assistenza domiciliare sociale e sanitaria quali: attività di aiuto domestico e prestazioni medico, infermieristiche e riabilitative, - Erogazione di contributi economici ad integrazione del "minimo vitale", sistemazione dell'alloggio in ottemperanza alle normative regionali e contributi a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio.
2. Ulss 7	-	
3. Comune	- Convenzione	
4. Cooperative Sociali	- Applicazioni e normative regionali	
5. Ditte di ristorazione	(L.R. 13/89 e L.R. 41/93)	

3.	<u>Prestazione</u>	
	<i>Accoglimento in strutture protette residenziali e semi residenziali di persone con perdita di</i>	
	Istituzioni / Agenzie coinvolte	Atto di intesa
	Breve descrizione	
1. Regione Veneto	Convenzione	- L'accoglimento della persona anziana in strutture residenziali è collegata prevalentemente alla perdita dello stato di salute con conseguente impossibilità di assistenza a domicilio.
2. Ulss 7		- Il centro diurno socio – sanitario è la struttura diurna destinata all'accoglimento di persone anziane non autosufficienti con perdita o ridotta autonomia psico-fisica relazionale, che vivono nel nucleo familiare, con carattere socio-assistenziale riabilitativo e di mantenimento delle capacità residue della persona
3. Comuni		
4. Case di Riposo		
5. Centro Diurno Socio Sanitario		

6. Le strategie socio assistenziali

La prevenzione dell'isolamento, della solitudine e della passività della persona anziana, necessariamente si realizza mediante attività che permettono la partecipazione della persona alla vita sociale, relazionale e produttiva; a questo fine si ritiene importante la continuità e lo sviluppo di prestazioni socio culturali e produttive già attivate sul territorio. La perdita dell'autonomia psico fisica nell'anziano comporta la necessità di un'assistenza adeguata all'interno del proprio nucleo familiare mediante prestazioni ed interventi rivolti all'intera famiglia.

Sono di seguito indicate le strategie socio assistenziali necessarie al perseguimento delle politiche sociali.

PRESTAZIONI SOCIO ASSISTENZIALI	STRATEGIE SOCIO ASSISTENZIALI				
	Mantenimento	sviluppo in quantità	sviluppo in qualità	miglioramento appropriatezza	razionalizzazione sul territorio
1. Animazione	X				
2. Socializzazione	X				
3. Educazione ginnica		X			
4. Formazione culturale	X				
5. Turismo sociale – gite	X				
6. Soggiorni climatici				X*	
7. Inserimento attività retribuita		X			
8. Inserimento gruppi volontariato		X			
9. Disbrigo domestico	X				
10. Cura della persona	X				
11. Segretariato sociale	X				
12. Erogazione contributo economico	X				
13. Adeguamento e manutenz. alloggio	X				
14. Abbattimento delle barriere archit.	X				
15. Telesoccorso / telecontrollo	X				
16. Sorveglianza continuativa		X		X	
17. Accoglienza diurna		X			X
18. Accoglienza temporanea				X	
19. Riattivazione funzionale		X			
20. Sostegno alla famiglia		X		X	
21. Ristorazione	X				
22. Educazione alimentare	X				
23. Cura dei capelli e della barba	X				
24. Pedicure/manicure	X				
25. Bagno protetto	X				
26. Consulenza sociale	X				
27. Trasporto		X			

*. Con estensione alle persone anziane parzialmente autosufficienti.

7. Le strategie organizzative e strumentali

Di seguito sono riportate le strategie organizzative e strumentali per il raggiungimento delle strategie socio assistenziali.

Prestazioni	Strategie socio assistenziali (modifiche da apportare al sistema delle prestazioni: tipologia, qualità, quantità, appropriatezza)	Strategie organizzative e strumentali
1. Sostegno alla famiglia	- Sviluppo e miglioramento delle risorse a sostegno alla famiglia	- Supportare la famiglia con interventi educativi e di natura assistenziale affinché possa sostenere il carico della persona anziana con perdita di autonomia
2. Sorveglianza continuativa	- Aumento e miglioramento della sorveglianza continuativa per le persone anziane con perdita di autonomia	- Istituire posti letto per demenze gravissime in strutture specializzate ed attivare una rete funzionale per la diagnosi precoce e l'assistenza nelle varie fasi della malattia
3. Buono servizio	- Miglioramento della qualità di vita dell'anziano non autosufficiente e della sua famiglia	- Individuazione di criteri di erogazione del buono servizio e di la disponibilità delle case di riposo ad attuare ricoveri di sollievo
4. Assegno di sollievo	- Miglioramento dell'assistenza all'anziano non autosufficiente e supporto della sua famiglia mediante l'erogazione di assegno economico di sollievo	- Individuazione di criteri di erogazione dell'assegno di sollievo ed informazione alla popolazione

8. I programmi di intervento

Premessa

L'inevitabile dissolvimento dell'unità familiare, il distacco delle nuove generazioni dall'originario nucleo familiare, la perdita e la trasformazione di quei valori nei quali gli anziani hanno identificato certe spinte esistenziali sono spesso la ragione e la causa principale dell'emarginazione e dell'isolamento della persona anziana.

Superare l'isolamento e la solitudine significa, quindi, stimolare un ruolo attivo all'interno della Comunità di appartenenza, valorizzare le persone anziane come memoria del tempo, creare momenti di socializzazione, stimolare relazioni significative.

La perdita di autonomia per la persona anziana, intesa come incapacità di svolgere una o più funzioni in tutte le dimensioni della vita sia biologiche, psicologiche e mentali, nonché quelle relative ai rapporti relazionali e di vita sociale, ha come conseguenza la richiesta di aiuto rivolta sia alla famiglia che ai servizi presenti nel territorio.

In linea generale è prevedibile che il numero degli anziani con perdita di autonomia sia destinato ad aumentare in rapporto al prolungamento della vita ed alla maturazione dei livelli di qualità che si intendono garantire.

Nell'Azienda Ulss n.7 si registra nell'ultimo triennio una costante diminuzione del numero di ricoveri e delle giornate di ospedalizzazione in area medica degli abitanti con più di 65 anni, ciò significa che sempre più le persone con perdita di autonomia, affette da malattie croniche invalidanti, sono chiamate a gestire in proprio la loro condizione.

Si assiste inoltre, nella società moderna, ad un aumento di persone con perdita di autonomia derivata dalla demenza con gravi disturbi del comportamento.

Il numero di persone affette da tale patologia è elevato (10% degli ultrasessantenni e 30% degli ultraottantenni) e in continuo aumento, tale da far assumere alle demenze la caratteristica di malattia sociale, rappresentando una complessità di gestione per i seguenti motivi:

- il principale fattore di rischio è l'invecchiamento, quindi non modificabile,
- la eziologia è tutt'ora sconosciuta e la prevenzione primaria impossibile,
- l'esordio della malattia è subdolo ed i sintomi si confondono con le trasformazioni che la mente umana subisce con il passare degli anni,
- i pregiudizi sulla vecchiaia, la scarsa e non sempre corretta informazione ritardano la diagnosi (di circa 30 mesi secondo i dati della letteratura),
- la carenza di servizi specialistici dedicati alla diagnosi e cura e cura delle demenze,
- la mancanza di esami diagnostici sufficientemente sensibili e specifici nelle fasi iniziali di malattia,

- l'estrema eterogeneità della sintomatologia comportamentale che fa sì che ogni persona sia diversa dall'altra (dall'apatia più profonda, all'agitazione ed aggressività più incontrollabili),
- la lunghezza della malattia è molto variabile: dai 2/3 ai 15/20 anni, con media di 10 anni,
- la diversità delle fasi del processo patologico che comprende una lieve smemoratezza iniziale, la dipendenza nelle sue varie forme nella fase intermedia, per finire in uno stato vegetativo nella terminalità.

In passato, a tali problematiche, il nucleo familiare forniva risposte attivando le proprie risorse per l'aspetto assistenziale, economico e relazionale; attualmente la famiglia difficilmente è in grado di sostenere il carico assistenziale di persone anziane con perdita di autonomia, garantendo adeguati risultati di salute.

Vivere una malattia di lunga durata, infatti, comporta per l'utente una serie di riadattamenti personali al fine di poter fronteggiare la nuova situazione.

Questi riadattamenti non sono sempre facilmente attuabili, soprattutto se i familiari non vengono supportati, istruiti, coinvolti nel progetto assistenziale.

La famiglia dunque, intesa nel suo doppio ruolo di risorsa erogatrice di interventi, prima ancora di ogni altro servizio, e di micro contesto nel quale l'anziano vive e con il quale egli rimane in relazione, diventa il punto di riferimento per l'attivazione delle risorse.

In riferimento a quanto citato, il servizio infermieristico dell'Azienda Ulss n.7 ha attivato un progetto, finanziato dalla Regione Veneto, di ricerca finalizzata allo sviluppo e sperimentazione di nuovi modelli organizzativi gestionali con gli obiettivi di:

- definire all'interno delle Unità Operative Ospedaliere e Distrettuali strategie specifiche per il raggiungimento della compliance delle persone a domicilio,
- aumentare gli interventi educativo-relazionali,
- migliorare l'appropriatezza delle prestazioni,
- mantenere e/o migliorare la qualità di vita della persona e della sua famiglia.

In attesa della nuova programmazione regionale si rappresenta l'attuale dotazione di posti letto per non autosufficienti autorizzati nella Ulss ed i posti relativi ai Centri Diurni:

- n° 1051 posti letto per non autosufficienti autorizzati;
- n° 24 posti letto per non autosufficienti del nucleo religiosi autorizzati;
- n° 49 posti per relativi n° 5 Centri Diurno (n° 4 Centri inseriti in C. di R. n° 1 a se stante).

Con delibera n. 884 del 13 giugno 2000 la Conferenza dei Sindaci dell'Ulss 7 ha previsto il seguente sviluppo della rete territoriale dei servizi residenziali:

1. progressiva diminuzione dei posti letto dell'Istituto Cesana Malanotti per giungere ad una dotazione complessiva di n. 200 posti letto mediante la chiusura delle sedi di via Meschio

e di Villa delle Rose e nuova costruzione delle sedi di via Carbonera a Vittorio Veneto e della nuova sede di San Vendemiano.

2. a seguito dismissione impegnative dell'Istituto Cesana Malanotti si prevedono nuove allocazioni di posti presso l'Istituto Mozzetti a Vazzola con n. 8 posti letto e presso l'R.S.A. "San Giuseppe" di Follina con n. 24 posti letto e presso l'Istituto "Opera Immacolata di Lourdes" di Conegliano con n. 4 posti.

Al fine di supportare i componenti dei nuclei familiari che assistono anziani con perdita delle attività funzionali di base e per una migliore qualità di vita dell'anziano, si è provveduto quindi, alla stesura dei seguenti progetti:

- **"rete assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie"** inteso a supportare con continuità (disease management) il malato demente e la sua famiglia nella lunga storia di malattia
- **"buono servizio e assegno di sollievo"** a sostegno della famiglia con elevato carico assistenziale, che cura l'anziano con perdita di autonomia;
- **"la qualità nei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti"** per migliorare la qualità offerta e percepita nei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti;
- **"informatizzare l'Assistenza Domiciliare Integrata, una rete informatica fra Distretti e Comuni"** per favorire il coordinamento dell'integrazione tra gli interventi domiciliari sanitari del Distretto e socio assistenziali svolti dai Comuni;
- **"la trama"** per il miglioramento della qualità di vita dell'anziano, alla prevenzione dell'emarginazione sociale ed al mantenimento del ruolo attivo nella Comunità di appartenenza.

TITOLO DEL PROGETTO: RETE ASSISTENZIALE PER LE PERSONE CON DEMENZA E LE LORO FAMIGLIE	
Referente del progetto: Fabrizio Sernagiotto	
VARIABILI	DESCRIZIONE
Disagio socio relazionale o fattore di rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà nel garantire una adeguata assistenza alle persone con demenza - Disagio dei familiari direttamente coinvolti nell'assistenza ad accettare le trasformazioni che la malattia comporta
Obiettivo generale	<ul style="list-style-type: none"> - Supportare con continuità (disease management) il malato demente e la sua famiglia nella lunga storia di malattia
Obiettivi specifici	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi precoce - Supporto assistenziale e sanitario al malato nelle varie fasi della malattia - Supporto assistenziale e psicologico alla famiglia nelle varie fasi della malattia
Destinatari	<ul style="list-style-type: none"> - Persone affette da demenza ed i loro familiari
Strategia socio-sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire un adeguato supporto assistenziale e sanitario
Strategia organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - Corso di formazione per il medico di medicina generale - Organizzazione di un convegno sul tema :“UVA e Cronos: stato attuale e prospettive future” - Incontri con la popolazione per migliorare le conoscenze sulle modificazioni della memoria in corso di invecchiamento - Incontri formativi con i familiari e altri care-givers formali e informali sulle problematiche assistenziali - Esperienze di trattamento non farmacologico della malattia di Alzheimer - Supporto psicologico ai familiari di malati dementi . - Stesura di un opuscolo guida per i Familiari delle persone con demenza (già a disposizione) - Integrazione e scambio di informazioni tra i servizi - Monitoraggio dell'attività assistenziale in strutture residenziali e semi residenziali - Analisi dei casi che richiedono interventi specifici (aiuti economici , ricoveri in strutture speciali) e presa in carico dei casi complessi dopo UVMD
Servizi/ Enti coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> - Comuni, Ulss., strutture residenziali e semi-residenziali, associazioni di volontariato accreditato, cooperative sociali
Ambito di intervento	<ul style="list-style-type: none"> - Territorio Ulss 7

VARIABILI	DESCRIZIONE
Indicatori e tempi di verifica	<ul style="list-style-type: none"> - N° di medici partecipanti agli eventi formativi - N° di partecipanti agli eventi formativi per care-givers formali e informali - Questionari di gradimento - N° di persone prese in carico dall' UVMD - N° di partecipanti agli incontri sul tema delle modificazioni della memoria con l'invecchiamento (progetto Memoria e Invecchiamento) - Relazioni sull'attività delle strutture speciali per malati dementi con gravi disturbi del comportamento e semi-residenziali con competenze specifiche nel campo delle demenze - Rilevazione quantitativa degli ambulatori specialistici, del numero di persone affette da demenza indirizzate dai medici di medicina generale

Fasi di attuazione degli interventi	Tempi previsti
1. Corso di formazione per il medico di medicina generale, attivato con il progetto regionale di aggiornamento	- Entro anno 2004
2. Incontri formativi per i caregiver (progetto Geriatria in collaborazione con il Focus Group) 3. Supporto psicologico per i familiari 4. Incontri con la popolazione programmati con il progetto FOCUS GROUP ALZHEIMER	- Già attuati per 80 persone nei due distretti nel 2002, continuare nel 2004 - Entro anno 2004
5. Integrazione e scambio di informazioni tra i servizi, mediante stesure di un programma da attuare	- Entro 2004
6. Verifica funzionamento dei posti letto in strutture residenziali con personale ad alta specializzazione per demenze con gravi disturbi del comportamento	- Entro 2005

Risorse umane	- Familiari dell'anziano, medici di medicina generale, medici specialisti, psicologa dell'U.O. di Geriatria e del Nucleo Alzheimer, infermieri professionali, assistente sociale, assistenti domiciliari, personale delle strutture diurne e residenziali, volontari
Risorse strutturali	- Nuclei con caratteristiche strutturali idonee all'accogliimento di persone con demenze con gravi disturbi del comportamento, nelle istituzioni residenziali e semi-residenziali

Voci di spesa

Voci di spesa	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Personale (formazione)		6.340,00		6.340,00
Strutture fisse				
Attrezzatura				
Materiale				
Altro (incontri e rimborsi)		5.000,00	5.000,00	10.000,00
Totale		11.340,00	5.000,00	16.340,00

La spesa del progetto è da imputarsi al costo della realizzazione del Corso di Aggiornamento per i medici di medicina generale come aggiornamento per l'anno 2004.

Fonti di finanziamento				
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Regione Veneto:				
Amministrazioni comunali:				
Ulss: a carico dell'Azienda		11.340,00	5.000,00	16.340,00
Privato sociale:				
Sponsor / altro				
Totali		11.340,00	5.000,00	16.340,00

TITOLO DEL PROGETTO: BUONO SERVIZIO E ASSEGNO DI SOLLIEVO	
Referente del progetto: Flavia Andretta	
VARIABILI	DESCRIZIONE
Disagio socio relazionale o fattore di rischio	- Elevato carico assistenziale delle famiglie con anziano non autosufficiente a domicilio
Obiettivo generale	- Sostenere la famiglia che assiste la persona non autosufficiente
Obiettivi specifici	- Ricoveri temporanei di sollievo presso strutture residenziali extraospedaliere ed erogazione di assegno economico di sollievo alla famiglia
Destinatari	- Nuclei famigliari che assistono persone anziane con perdita di autonomia, non usufruendo di ricoveri permanenti in strutture residenziali
Strategia socio-sanitaria	- Miglioramento dell'assistenza all'anziano non autosufficiente e supporto alla sua famiglia
Strategia organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione quantitativa dei ricoveri di sollievo effettuati anno 2003 e proiezione necessità per l'anno 2004 - Individuazione della disponibilità delle Case di Riposo ad attuare ricoveri di sollievo - Rilevazione quantitativa dei beneficiari L.R.28/91 per l'anno 2002 e periodo 1/1 – 30/9 anno 2003 - Rilevazione quantitativa di beneficiari D.G.R. 1513/01 per l'anno 2002 - Individuazione criteri di erogazione dell'assegno di sollievo - Individuazione criteri di erogazione del buono servizio - Informazione alla popolazione
Servizi/ Enti coinvolti	- Ulss n.7 - Case di Riposo – Comuni
Ambito di intervento	- Territorio Ulss n.7
Indicatori e tempi di verifica	<ul style="list-style-type: none"> - N° buoni servizio/anno - N° assegni di sollievo/anno

FASI DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI BUONO DI SERVIZIO E ASSEGNO DI SOLLIEVO

1. individuazione criteri di erogazione.

Per il buono di servizio:

2. rilevazione quantitativa ricoveri di sollievo anno 2001 e numero richieste presentate (tempo previsto: marzo 2002):
 - In base ai dati forniti dalle strutture residenziali extraospedaliere risulta che per l'anno 2001 sono stati effettuati n° 4 ricoveri di sollievo con contributo Ulss per spese sanitarie e di rilievo sanitario e n° 30 attraverso trattativa privata famiglie – Strutture con corrispettivo del servizio assistenza a totale carico dell'utente.
3. individuazione della disponibilità delle Case di Riposo ad attuare ricoveri di sollievo (tempo previsto: aprile 2002).
 - la disponibilità è in fase di rilevazione all'interno della delibera di art. 2"(Convenzione Enti - Ulss n.7) "ricoveri temporanei
 - impegno formale da parte della famiglia di riaccogliere al proprio domicilio l'assistito alla fine del periodo stabilito del ricovero

Gli importi del "buono servizio" sono variabili in funzione dell'I.S.E./I.S.E.E., con oscillazione da un minimo del 33% a 66% del totale del costo alberghiero della Struttura che in ogni caso non potrà superare i 32 euro giornalieri; la durata del soggiorno dovrà essere di regola non superiore a 21 giorni con discrezionalità di proroga a cura della Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.).

Con i criteri sopraelencati si prevede un numero di periodi di ricovero di sollievo variabile da un minimo di 29 a un massimo di 93.

4. erogazione del servizio (2003/2004).

Per l'assegno di sollievo:

1. Rilevazione quantitativa dei beneficiari L.R.28/91 per l'anno 2000 e periodo 1/1 – 30/9 anno 2001, (tempo previsto: marzo 2002)
2. Rilevazione quantitativa dei beneficiari D.G.R.1513/01 anno 200 (tempo previsto: marzo 2002)

- In base ai dati forniti dall'Azienda Ulss n.7 le persone dementi con gravi disturbi del comportamento che hanno ricevuto un contributo per l'anno 2001 sono state n.50 persone a fronte di 125 che hanno presentato richiesta.

Gli importi dell'assegno di sollievo variabili in funzione dell'I.S.E comprendono n.3 fasce con importo mensile massimo di E. 258,00 e l'U.V.M.D. definirà le modalità per la determinazione della durata dell'assegno per un massimo di n.6 mesi con possibilità di rinnovo.

Con i criteri sopraelencati si prevede l'erogazione di un numero minimo di assegni di sollievo per n. 12 persone.

5. erogazione del servizio (2003/2004).

Risorse umane	- Personale dei servizi Sociali Comunali, dell'azienda Ulss n.7 e delle Strutture Residenziali Extraospedaliere
Risorse strutturali	- Strutture Residenziali Extraospedaliere
Altro (gestione)	- Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale (ex UOD)

Voci di spesa

Voci di spesa	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Buono servizio	30.000,00	32.000,00	32.000,00	94.000,00
Assegno di sollievo	30.000,00	35.000,00	35.000,00	100.000,00
Totale	60.000,00	67.000,00	67.000,00	194.000,00

Fonti di finanziamento				
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Regione Veneto: DGRV n. 3960 del 31/12/2001.progetto finanziato per gli anni 2003 e 2004.”	60.000,00	67.000,00		127.000,00
Amministrazioni comunali: eventuale proseguimento del progetto per l'anno 2005 fatto salvo eventuali ulteriori finanziamenti regionali.			67.000,00	67.000,00
Ulss:				
Privato sociale:				
Sponsor / altro				
Totali	60.000,00	67.000,00	67.000,00	194.000,00

TITOLO DEL PROGETTO: LA QUALITA' NEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
Referente del progetto: Mauro Antoniazzi	
VARIABILI	DESCRIZIONE
Disagio socio relazionale o fattore di	- istituzionalizzazione
Obiettivo generale	- Migliorare la qualità, offerta e percepita, nei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti
Obiettivi specifici	- Garantire il rispetto degli standard strutturali e organizzativo - funzionali secondo le normative vigenti - Garantire standard minimi di qualità nei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti - Garantire informazioni aggiornate agli utenti sugli standard organizzativo - funzionali e sul livello qualitativo nei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti
Destinatari	- Utenti dei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti
Strategia socio-sanitaria	- Miglioramento del benessere, reale e percepito, degli utenti dei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti
Strategia organizzativa	- Attivazione di un gruppo Ulss n.7 per controlli periodici degli standard strutturali e organizzativo - funzionali nei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti - Attivazione di un gruppo misto, Ulss n.7 - enti gestori, per l'elaborazione di criteri uniformi e condivisi la produzione di un modello unico per tutti gli enti convenzionati con l'Az. Ulss n.7 di carta dei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti - Attivazione di un gruppo misto, Ulss n.7 - enti gestori dei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti, per l'elaborazione di criteri uniformi e condivisi per il controllo della qualità offerta e percepita dagli utenti - Pubblicazione e aggiornamento continuo delle carte dei servizi residenziali e semi residenziali - Pubblicazione e aggiornamento degli indicatori di qualità nei servizi residenziali e semi residenziali
Servizi/ Enti coinvolti	- Ulss n.7-enti gestori dei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti
Ambito di intervento	- Servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti del territorio dell'Ulss 7
Indicatori e tempi di verifica	- N° di controlli per anno degli standard strutturali e organizzativo - funzionali nei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti - Presentazione di un modello unico di carta dei servizi residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti entro Giugno 2004 - Presentazione di un documento di condivisione dei criteri per la valutazione della qualità offerta e percepita dagli utenti entro Giugno 2004

Fasi di attuazione degli interventi	Tempi previsti
1. Individuazione dei componenti i gruppi misti Ulss 7 - Enti Gestori per la elaborazione di un modello unico di carta dei servizi e dei criteri per la valutazione della qualità	- Entro Febbraio 2004
2. Programmazione degli incontri	- Entro Febbraio 2004
3. Elaborazione di un modello unico per la carta dei servizi residenziali e semi residenziali	- Entro Giugno 2004
4. Elaborazione di criteri condivisi per la valutazione della qualità nei servizi residenziali e semi residenziali	- Entro Giugno 2004
5. Pubblicazione e aggiornamento su sito web Ulss 7 delle carte dei servizi residenziali e semi residenziali	- Entro Dicembre 2004
6. Pubblicazione e aggiornamento dei dati di qualità nei servizi residenziali e semi residenziali della Ulss 7	- Entro Giugno 2005

1. Risorse umane	- Professionisti dell'Ulss 7 e degli Enti
2. Risorse strutturali	-

Voci di spesa

Voci di spesa	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Personale				
Strutture fisse				
Attrezzatura				
Materiale				
Altro (elaborazione dati)		4.000,00	5.000,00	9.000,00
Totale		4.000,00	5.000,00	9.000,00

Fonti di finanziamento				
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Regione Veneto:				
Amministrazioni comunali:				
Ulss: a carico dell'Azienda		4.000,00	5.000,00	9.000,00
Privato sociale: eventuale partecipazione degli Enti gestori dei servizi residenziali e semiresidenziali del territorio dell'Az. ULSS 7.				
Sponsor / altro: eventuale per la pubblicazione dei dati raccolti.				
Totali		4.000,00	5.000,00	9.000,00

TITOLO PROGETTO: INFORMATIZZARE L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: una rete informatica fra Distretti e Comuni	
Referente del progetto: Mauro Antoniazzi	
VARIABILI	DESCRIZIONE
Disagio socio relazionale o fattore di rischio	- Non coordinamento tra le attività sanitarie del distretto e quelle socio – assistenziali dei comuni
Obiettivo generale	- Coordinamento dell'integrazione tra gli interventi domiciliari sanitari del distretto e quelli socio – assistenziali svolti dalle amministrazioni comunali
Obiettivi specifici	- Individuazione dei contenuti informativi minimi da condividere tra servizi sanitari e socio – assistenziali comunali - Attivazione di una rete informatica bidirezionale (distretto – comuni) per l'accesso in tempo reale alle informazioni sui servizi attivati sul singolo cittadino – utente. - Miglioramento dell'appropriatezza e l'efficienza delle prestazioni.
Destinatari	- Operatori dei servizi sanitari e socio – assistenziali comunali
Strategia socio-sanitaria	- Sviluppo e miglioramento dell'integrazione tra servizi sanitari e socio – assistenziali comunali.
Strategia organizzativa	- Condivisione dei contenuti informativi minimi del sistema - Implementazione del collegamento informatico in rete - Rivalutazione periodica dei contenuti informativi del sistema
Servizi/ Enti coinvolti	- Ulss 7 (distretti socio sanitari e servizio infermieristico), comuni del territorio (servizio sociale professionale).
Ambito di intervento	- Utenti dei servizi socio – sanitari distrettuali e socio – assistenziali comunali.
Indicatori e tempi di verifica	- Produzione di un documento – patto di condivisione del progetto Ulss 7 – comuni entro giugno 2003. - Condivisione del contenuto informativo minimo entro settembre 2003. - Rilevazione mensile del numero di comuni collegati alla rete informatica fino alla completa attivazione del sistema. - Report periodici di attività (ad es. numero di utenti seguiti per servizio per unità di tempo)

Fasi di attuazione degli interventi	Tempi previsti
Condivisione dei minimi contenuti informativi del sistema	- Settembre 2003
Sperimentazione del collegamento informatico con n°1 Comune per Distretto	- Aprile 2004
Collegamento in rete per tutti i Comuni	- Dicembre 2004
Primi report di attività	- Giugno 2004
Sperimentazione del collegamento informatico con n°5 medici di medicina generale per Distretto	- Aprile 2005
Collegamento con tutti i MMG disponibili	- Dicembre 2005

Risorse umane	- Operatori dei servizi distrettuali dell'Ulss 7 - Operatori del servizio per l'informatica dell'Ulss 7 - Operatori dei servizi sociali comunali
----------------------	--

Risorse strutturali	
Attrezzature	- Reti collegamento e software; computer per il collegamento informatico
Materiali	
Altro (formazione)	- Per operatori delle amministrazioni comunali

Voci di spesa

Voci di spesa	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Personale (già operante nei servizi)				
Strutture fisse				
Attrezzatura (reti collegamento e software)		15.000,00	15.000,00	30.000,00
Materiale				
Altro (formazione)		1.000,00	1.000,00	2.000,00
Totale		16.000,00	16.000,00	32.000,00

Fonti di finanziamento

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Regione Veneto:				
Amministrazioni comunali: eventuale partecipazione finanziaria dei comuni				
Ulss:		16.000,00	16.000,00	32.000,00
Privato sociale:				
Sponsor / altro				
Totali		16.000,00	16.000,00	32.000,00

TITOLO PROGETTO: LA TRAMA	
Referente del progetto: Emanuele Della Libera	
VARIABILI	DESCRIZIONE
Disagio socio relazionale o fattore di rischio	- Perdita del ruolo sociale, isolamento, solitudine, emarginazione affettiva e relazionale.
Obiettivo generale	- Mantenimento di un ruolo attivo all'interno della Comunità - Miglioramento della qualità della vita della persona anziana - Prevenzione dell'emarginazione sociale
Obiettivi specifici	- Rilevazione dei bisogni rispetto al target individuato; - Assicurare la partecipazione attiva - Valorizzazione dei servizi territoriali - Maggior integrazione tra le strutture per anziani e la rete sociale - Maggior conoscenza sui servizi e sulle opportunità del territorio
Destinatari	- Persone anziane a rischio di emarginazione e contesto sociale di appartenenza
Strategia socio-sanitaria	- Azione di prevenzione del decadimento relazionale, sociale e psicofisico
Strategie organizzative	- Individuazione degli ambiti territoriali di intervento - Individuazione delle metodiche di analisi dei bisogni e della rete informale - Elaborazione dei percorsi sperimentali di intervento - Feedback sulle iniziative intraprese - Valutazione degli obiettivi conseguiti
Servizi/Enti coinvolti	- Enti Locali Comunali, Università, Privato Sociale, rete sociale: associazioni anziani, patronati, associazioni di volontariato, telesoccorso..., medici di medicina generale, strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.
Ambito di intervento	- Territorio Ulss n°7
Indicatori e tempi di verifica	- N° Comuni aderenti - N°. rilevazioni - N° anziani coinvolti

Fasi di attuazione degli interventi	Tempi previsti
1. Individuazione degli ambiti territoriali di intervento	- 2004
2. Analisi dei bisogni e della rete informale	- 2004
3. Avvio della sperimentazione dei percorsi di intervento	- Gennaio 2005
4. Feedback sulle iniziative intraprese	- Durante tutto il progetto
5. Sensibilizzazione e informazione sui servizi territoriali attivi	- Durante tutto il progetto

Risorse umane	- Assistenti Sociali dei Comuni, Educatori ed Addetti all'assistenza, figure tradizionali di riferimento, volontari.
Risorse strutturali	- Servizi Sociali di base, Centri aggregativi e strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.

Voci di spesa	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Personale		15.000,00	30.000,00	45.000,00
Strutture fisse				
Attrezzatura				
Materiale		5.000,00	5.000,00	10.000,00
Altro (formazione)				
Totale		20.000,00	35.000,00	55.000,00

Fonti di finanziamento				
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Totali
Regione Veneto:				
Amministrazioni comunali:		20.000,00	35.000,00	55.000,00
Ulss:				
Privato sociale:				
Sponsor / altro				
Totali		20.000,00	35.000,00	55.000,00

