

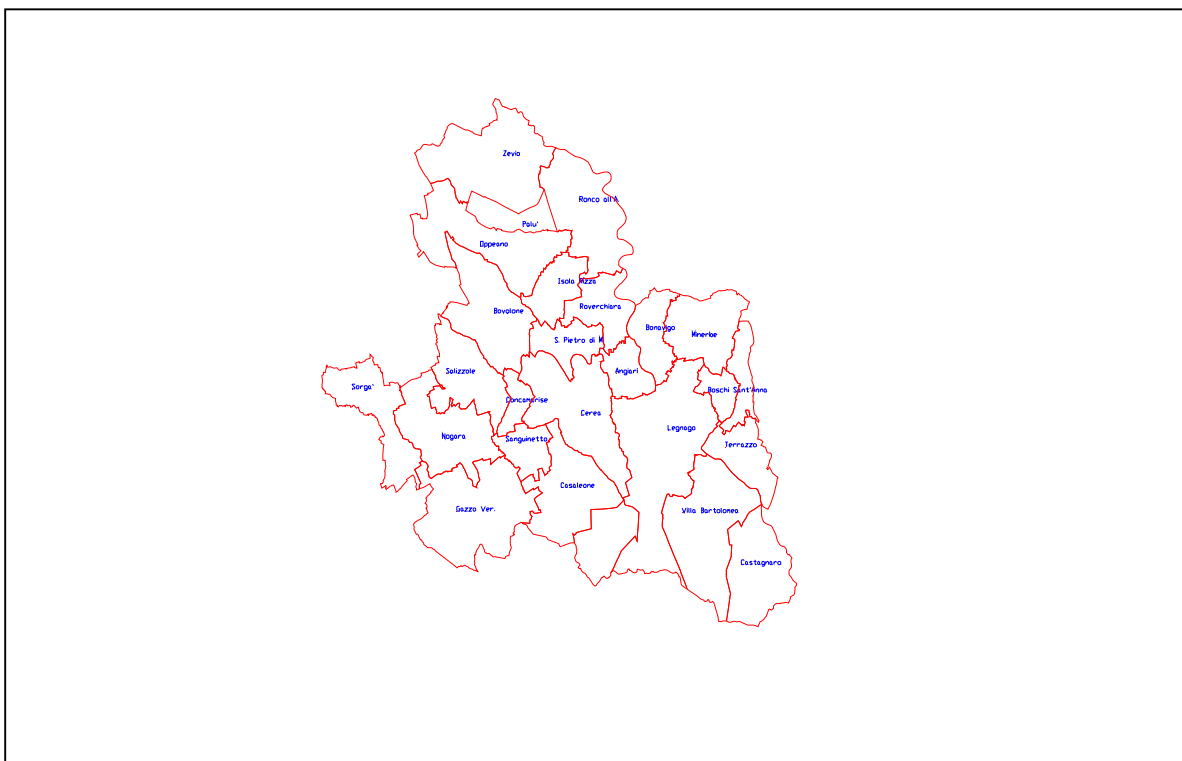
**CONFERENZA DEI SINDACI
dell'Azienda ULSS 21 di Legnago (VR)**

Piano di Zona dei Servizi alla Persona

2007 - 2009

Comuni di:

Angiari, Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Bovolone, Casaleone, Castagnaro, Cerea, Concemarise, Gazzo V.se, Isola Rizza, Legnago, Minerbe, Nogara, Oppeano, Palù, Ronco all'Adige, Roverchiara, S. Pietro di Morubio, Salizzole, Sanguinetto, Sorgà, Terrazzo, Villa Bartolomea, Zevio.



Approvato dalla Conferenza dei Sindaci, nella seduta del 19 aprile 2007

Recepito con deliberazione del Direttore Generale Ulss 21 n. 240 del 20.04.2007

PIANO DI ZONA

2007-2009

1. PREMESSA	4
1.1 QUADRO DI RIFERIMENTO LEGISLATIVO	
1.2 SCOPO DEL DOCUMENTO	
1.3 I SOGGETTI COINVOLTI	
1.4 STRUTTURA DEL DOCUMENTO	
2. AMBITO TERRITORIALE	8
2.1. L'AMBITO TERRITORIALE	
2.2 AMBITO SOCIO ECONOMICO	
2.3 ANALISI DEMOGRAFICA: INDICI DEMOGRAFICI DELLA POPOLAZIONE	
RESIDENTE NEL VENETO	9
2.4 DELIBERA REINGEGNERIZZAZIONE	14
3. LA BASE CONOSCITIVA	20
3.01 ATTIVITA' ANNO 2005 (dati ulss e comuni) con scheda riepilogativa	
3.02 SPESE SOCIALI	33
3.03 I BISOGNI DELLA COMUNITÀ	42
3.3.1 ANZIANI (RESIDENZIALITÀ – DOMICILIARITÀ – DISABILITÀ)	43
PIANO LOCALE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA	47
Registro Impegnative di Residenza	83
Regolamento Unità Valutativa Multidimensionale	91
PIANO LOCALE PER LA DOMICILIARITÀ	106
3.3.2 DISABILI – GIOVANI (RESIDENZIALITÀ – DOMICILIARITÀ)	123
Piano Locale della Disabilità	128
3.3.3 INFANZIA – MINORI – FAMIGLIA – GIOVANI	145
Piano territoriale area minori DGR 4222/03	153
3.3.4 GRUPPO IMMIGRAZIONE - POVERTA'/EMARGINAZIONE – NOMADISMO – PROSTITUZIONE – GIOVANI	159
3.3.5 DIPENDENZE – GIOVANI	161
Piano triennale di Intervento – Area Dipendenze 2006-08	177
3.3.6 SALUTE MENTALE – GIOVANI AREA ANZIANI	179
4. LE SCELTE	191
INTRODUZIONE	
PRIORITÀ PER AREA	
4.1 ANZIANI	192
4.2 DISABILI	204
4.3 INFANZIA – MINORI – FAMIGLIA -GIOVANI	210
4.4 GRUPPO IMMIGRAZIONE - POVERTA'/EMARGINAZIONE – NOMADISMO – PROSTITUZIONE (Giovani)	216
4.5 DIPENDENZE (Giovani)	219
4.6 SALUTE MENTALE – Giovani Area Anziani.....	226
Commento, Azioni prioritarie (schede D)	
5. LE STRATEGIE: le progettualità del territorio	228
INTRODUZIONE	
5.1 ANZIANI (Residenzialità – Domiciliarità - Disabilità)	231

5.2	DISABILI (Giovani (Residenzialità – Domiciliarità)	232
5.3	INFANZIA – MINORI – FAMIGLIA (Giovani)	234
5.4	GRUPPO IMMIGRAZIONE - POVERTA’/EMARGINAZIONE – NOMADISMO – PROSTITUZIONE (Giovani)	236
5.5	DIPENDENZE (Giovani)	237
5.6	SALUTE MENTALE – Giovani Area Anziani	237
6.	RESPONSABILITA’ E VALUTAZIONE	244
6.1	MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	246
6.2	ISTEMA INFORMATIVO	239
6.3	ACCORDI, CONVENZIONI ECC..	249

3.3.3 INFANZIA – MINORI – FAMIGLIA – GIOVANI

I BISOGNI NELL'AREA INFANZIA MINORI FAMIGLIA GIOVANI: Chiave di lettura

“Bisogna essere molto grandi per pensare i problemi dei più piccoli”: questo era il motto della Legge 285/97 che costituisce la pietra miliare della programmazione in quest'area la quale, successivamente, ha avuto come percorso di maturazione i due Piani triennali fino all'ultima DGR.4222/03.

Questa area è da tempo palestra di allenamento all'integrazione socio-sanitaria per il territorio dell'A.ULSS 21 sia per le intrinseche caratteristiche di complessità, che per la presenza della delega da parte dei Comuni riguardo all'art. 23 del DPR 6161/77 (minori sottoposti a provvedimento da parte dell'Autorità Giudiziaria).

Di questo si è tenuto conto nelle programmazioni sopra accennate, nell'ottica di leggere la delega nel suo significato positivo e cioè di continuo dialogo e confronto tra i due soggetti, Comuni e A.ULSS, tale da produrre co-progettazione, co-gestione e monitoraggio continuo in collaborazione, tenendo presente l'ambizioso obiettivo di creare un continuum tra attività per l'agio - prevenzione - valutazione del rischio - diagnosi precoce - presa in carico.

Proprio nell'area minori è attivo da tempo un gruppo di lavoro integrato Comuni - A.ULSS – privato sociale che attua questa metodologia e che è stato il nucleo iniziale del Tavolo di lavoro per il P di Z.

Le criticità che emergono in questa area derivano direttamente dalla consistenza dei mutamenti sociali che hanno investito tumultuosamente le famiglie (al plurale):

- aumento dell'instabilità coniugale
- crescita esponenziale delle coppie di fatto e delle nascite fuori dal matrimonio
- immigrazione e ricongiungimenti familiari
- aumento dell'occupazione femminile con relativa crisi della rigidità dei ruoli
- precarizzazione del lavoro
- invecchiamento della popolazione

solo per elencare i più evidenti, e quelli che fanno sì che si ampli a dismisura quello che fino a poco tempo fa era considerato il bacino di utenza “classico” delle famiglie povere e multiproblematiche e che sia messo in crisi seriamente il modo di reperire e impegnare risorse, nonché di organizzare i servizi.

Pertanto, i bisogni attuali nell'area minori e famiglie sintetizzando rispetto alle categorie di riferimento “politica”, “istituzionale”, “gestionale” possono convergere nel riconoscimento della centralità sociale della famiglia e nella necessità di rivisitazione dei criteri di organizzazione dei servizi nonché di rapporto tra questi e i soggetti sociali organizzati, comprendendo in essi le famiglie in ruolo attivo.

RELAZIONE ANNO 2005

La DOTAZIONE ORGANICA nell'anno 2005 risulta essere:

OPERATORI IN STAFF AL DIRETTORE:

.. 2 Neuropsichiatre Infantili presenti 3 giorni la settimana presso le sedi territoriali e 2 giorni presso l'ospedale. Ore annuali a disposizione a livello distrettuale = 2024. Operatori equivalenti = 1.2. A partire da fine anno c'è stato un aumento di 8 ore settimanali che saranno meglio organizzate ed aumenteranno a 10 nel 2006.

.. 1 Foniatra per 38 ore settimanali. Ore annuali = 1672. Aumento di 10 ore rispetto all'anno precedente. Operatore equivalente = 1.

.. 1 Fisiatra in consulenza. Ore annuali = 88 (+ 88 per viaggi). Diminuzione di circa 1 ora settimanale rispetto all'anno precedente. Operatore equivalente = 0.05.

OPERATORI U.O.

.. 6 Psicologi, di cui 1 responsabile del Servizio (che opera sia a livello organizzativo che clinico). Totale ore annuali = 8932 + 1100 per attività direzionale. 70 ore settimanali sono state tolte dall'attività per i minori e spostate ad attività consultoriali. Operatori equivalenti = 5.3 + 0.7.

.. 5 Assistenti Sociali, di cui 2 part-time. Totale ore annuali = 7128. Operatori equivalenti = 4.5.

.. 5 Educatori, di cui 1 part-time Ore annuali = 7392. Diminuzione di 1 educatore a 36 ore, rispetto all'anno precedente, per comando presso un Comune. Operatori equivalenti = 4.7.

.. 2 Ostetriche, di cui 1 part-time. Alcune ore sono state momentaneamente organizzate in accordo con 2 ostetriche del reparto ospedaliero. Ore annuali = 2904. Diminuzione di circa 30 ore settimanali. Operatori equivalenti = 1.8.

.. 4 Ginecologi per attività consultoriali. Totale ore annuali = 374. Operatori equivalenti = 0.2.

.. 6 Logopediste, di cui 2 part-time. Totale ore annuali = 8756. Aumento di 6 ore rispetto all'anno precedente. Operatori equivalenti = 5.5.

.. 2 Fisioterapiste, di cui 1 della Riabilitazione assegnata part-time per l'età evolutiva. Totale ore annuali = 2574. Operatori equivalenti = 1.6.

.. 4 Operatori Addetti all'Assistenza dipendenti, di cui 3 part-time. Totale ore annuali = 3960. Dall'inizio dell'anno scolastico c'è stato l'aumento di 1 operatore a 18 ore (bilanciato da 1 operatore in meno in convenzione). Operatori equivalenti = 2.5.

A tale personale si è affiancato il **PERSONALE IN CONVENZIONE:**

.. 4 psicomotriciste part-time. Totale ore annue = 2816. Operatori equivalenti = 1.8.

.. 34 Operatori addetti all'Assistenza part-time, con una media di 715 ore settimanali per anno solare (media tra due anni scolastici). Le ore annuali di attività diretta, escluse tutte le assenze dei bambini e comprensive dell'integrazione estiva, sono state 24089 (721 in più rispetto l'anno precedente) invece che 29315 (ore ipotizzate senza calcolare le assenze dei bambini). Operatori equivalenti = 19.9.

Presso il Centro Minori di Angiari, che si occupa di bambini con handicap grave, sono stati presenti per 43 settimane (sempre in convenzione):

.. 1 Psicopedagoga per 18 ore settimanali. Ore annuali = 774. Operatore equivalente = 0.5.

.. 1 Musicoterapista per 12 ore settimanali. Ore annuali = 516. Operatore equivalente = 0.3.

.. 1 psicomotricista per un totale di 26 ore settimanali. Ore annuali = 1118. Operatori equivalenti = 0.7.

.. 13 Operatori Addetti all'Assistenza per un totale di 375 ore settimanali. Ore annuali = 16125. Operatori equivalenti = 10.4.

Per il progetto regionale "L'Adozione in movimento", nella seconda metà dell'anno, hanno dato la loro consulenza 2 psicologi per un totale di 340 ore (che saranno completate nel 2006). Operatori equivalenti = 0.2

Il numero totale degli operatori che a vario titolo si sono occupati delle attività dell'Unità Organizzativa è stato di 97 persone diverse (compresi i progetti), corrispondenti a circa 62.2 operatori equivalenti (qui intesi come operatori a tempo pieno, solo per il periodo effettivo di presenza al lavoro).

SEDI DI LAVORO

Il personale, dipendente e in convenzione, ha distribuito il proprio tempo nelle seguenti sedi distinte:

- Un ufficio presso la sede centrale;
- Due palestre di Riabilitazione presso l'ospedale di Legnago;
- Un ambulatorio presso la Neurologia dell'ospedale di Legnago;
- Reparto di Pediatria dell'Ospedale di Legnago;
- Punto Sanità di Porto di Legnago;

- Sede di via Marconi a Cerea;
- Punto Sanità di Nogara;
- Punto Sanità di Bovolone;
- Punto Sanità di Zevio;
- Centro Minori di Angiari;
- 69 Scuole collocate nel territorio AULSS 21, ad Isola della Scala, a Verona.

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO

La popolazione a cui il Servizio si è rivolto nel 2005 era formata da tutti i minori tra 0 e 18 anni non compiuti, dalle loro famiglie, dalle coppie genitoriali in attesa di un nuovo nato e dagli adulti con problematiche di tipo consultoriale.

Per quanto riguarda il numero dei residenti, continua l'incremento già registrato negli anni precedenti, con 1143 cittadini in più rispetto al 2004. Tale aumento è percentualmente più elevato in età evolutiva (+1,9% rispetto al 2004), che non in età adulta (+ 0,57%), con un incremento annuo totale dello 0,78% sull'intera popolazione. Rispetto all'anno precedente si osserva pertanto un lieve "ringiovanimento" in quanto la percentuale dei minori passa dal 15,8% al 16%. Restano confermati i due Comuni più "giovani": Zevio (minori = 19% dei residenti; al 2° posto dell'intera ULSS come numero assoluto di minori) e Ronco All'Adige (18,7 %); i due Comuni più "vecchi" sono Legnago (13,9%) ed Angiari (14,1%).

POPOLAZIONE VISTA

La percentuale dei minori visti/seguiti nel 2005 rispetto al totale dei minori residenti è pari al 5,6%. Sommando tutti i singoli minori visti negli ultimi 8 anni (circa 5000), si conferma che il Servizio conosce almeno il 21% dell'intera popolazione minorile residente (1 bambino su 5), unitamente ai genitori.

Confrontando i dati del 2005 con quelli del 2004, si osserva che:

§ Sono aumentati gli adulti seguiti

§ I Minori sono pressoché uguali all'anno precedente ma è aumentata la multiprofessionalità.

Residenti al 31.12.'05	0 - 17a 11 mesi				18 - 100			0 - 100		
	M	F	Tot	%	M	F	Tot	tot M	tot F	TOT
Angiari	127	142	269	14,1%		848	1636	915	990	1905
Bevilacqua	150	142	292	16,3%	757	740	1497	907	882	1789
Bonavigo	182	152	334	16,7%	836	826	1662	1018	978	1996
Boschi S. Anna	118	125	243	17,4%	564	590	1154	682	715	1397
Bovolone	1272	1193	2465	17,3%	5844	5974	11818	7116	7167	14283
Casaleone	496	434	930	15,3%	2521	2614	5135	3017	3048	6065
Castagnaro	326	288	614	15%	1702	1779	3481	2028	2067	4095
Cerea	1244	1171	2415	15,4%	6468	6799	13267	7712	7970	15682
Concamarise	101	83	184	17,3%	448	431	879	549	514	1063
Gazzo Veronese	425	425	850	15,2%	2345	2392	4737	2770	2817	5587
Isola Rizza	280	237	517	17%	1256	1263	2519	1536	1500	3036
Legnago	1847	1677	3524	13,9%	10326	11440	21766	12173	13117	25290
Minerbe	393	356	749	16,3%	1860	1979	3839	2253	2335	4588
Nogara	649	594	1243	15,1%	3376	3599	6975	4025	4193	8218
Oppeano	714	703	1417	17,5%	3309	3380	6689	4023	4083	8106
Palu'	118	90	208	17,5%	499	479	978	617	569	1186
Ronco All'Adige	596	512	1108	18,7%	2357	2446	4803	2953	2958	5911
Roverchiara	243	205	448	16,6%	1158	1092	2250	1401	1297	2698
Salizzole	330	320	650	17,1%	1617	1531	3148	1947	1851	3798
Sanguinetto	306	274	580	14,3%	1679	1796	3475	1985	2070	4055
S. Pietro di Morubio	237	215	452	16%	1180	1201	2381	1417	1416	2833
Sorgà	260	224	484	15,6%	1287	1325	2612	1547	1549	3096
Terrazzo	177	178	355	15,2%	984	997	1981	1161	1175	2336
Villabartolomea	435	363	798	14,3%	2288	2484	4772	2723	2847	5570
Zevio	1302	1226	2528	19%	5322	5443	10765	6624	6669	13293
TOTALE	12328	11329	23657	16%	60771	63448	124219	73099	74777	147876

ATTIVITA' SVOLTE

Sono state svolte tutte le attività degli anni precedenti relative a:

- Ø Attività sanitarie di diagnosi, presa in carico e riabilitazione per minori con handicap.
- Ø Attività di consulenza alle Scuole per programmi individualizzati di intervento a favore di minori con certificazione.
- Ø Assistenza scolastica ed estiva per minori con handicap in situazione di non autonomia.
- Ø Attività di supporto sociale ed inserimento nei vari contesti di vita dei minori con problematiche legate all'handicap.
- Ø Attività di supporto alle famiglie con minori diversamente abili.
- Ø Progetti di attivazione servizi in rete pubblico, privato e famiglie
- Ø Attività sanitarie di diagnosi, presa in carico e riabilitazione per minori con difficoltà e > patologie neuropsichiatriche,
 - > neuropsicologiche,
 - > psicologiche,
 - > fisiatriche,
 - > foniatriche.
- Ø la presa in carico è stata rivolta, come di prassi, non solo ai bambini ed agli adolescenti ma anche al nucleo familiare.
- Ø Raccordo con le altre AULSS della provincia e col C.S.A. su argomenti inerenti l'assistenza e gli interventi collegati al mondo scolastico.
- Ø Consulenze e prese in carico per problematiche di coppia e conflittualità coniugale.
- Ø Corsi di informazione e sensibilizzazione, studi di coppia ai fini di adozione, accompagnamento e sostegno durante l'affido preadottivo ed il periodo post-adozione.
- Ø Raccordo con le altre AULSS della provincia per le problematiche di tipo consultoriale.
- Ø Corsi di preparazione alla nascita e sostegno alla neo-genitorialità; supporto ai genitori nel primo periodo post-partum.
- Ø Corsi di massaggio infantile.
- Ø Gruppi di auto mutuo aiuto per genitori di ragazzi disabili.
- Ø Gruppi di auto mutuo aiuto per persone separate.
- Ø Incontri di équipe e consulenze pluriprofessionali per la predisposizione integrata dei Piani personalizzati di intervento.

PROGETTO REGIONALE "L'ADOZIONE IN MOVIMENTO".

Le tre AULSS della Provincia, assieme a tre Enti autorizzati all'adozione internazionale (AVSI, Nadia e Nidoli), hanno portato avanti il progetto impostato l'anno precedente e rivolto ai genitori adottivi, con l'obiettivo di aiutarli nel loro percorso educativo e relazionale. Il progetto prevedeva una iniziale indagine conoscitiva per meglio comprendere i bisogni dei genitori; a tal fine sono stati inviati 522 questionari alle famiglie che, nella nostra Provincia, hanno adottato uno o più figli negli ultimi 10 anni. Dalla restituzione di oltre 190 questionari sono stati tratti gli spunti per la predisposizione di una serie di incontri e serate a tema che rispondessero ai quesiti effettivi posti dai genitori.

Nella nostra AULSS, che diversamente dalle altre ha una organizzazione che unisce Età Evolutiva e Consultorio e pertanto ha una visione globale delle famiglie, si è anche potuto verificare che tra i bambini arrivati negli ultimi 10 anni, 33 su 85 si sono rivolti ai nostri Servizi, con una percentuale del 38,8%. Considerando che tale percentuale è più alta di quella dei bambini visti rispetto a quelli residenti (21% circa), si può pensare che: a) i bambini adottati presentano più problemi e/o b) le famiglie adottive sono particolarmente sollecitate ed attente ai bisogni dei figli.

Dalle indicazioni emerse dall'indagine, nella nostra ULSS si è ritenuto di organizzare un incontro (svoltosi il 3 ottobre 2005) sulle problematiche connesse all'inserimento scolastico, talvolta piuttosto difficile e fonte di disagio.

Tra le altre attività del progetto, si è cercato di ridurre i tempi necessari per gli studi di coppia ed inoltre sono stati attivati due gruppi di sostegno alla genitorialità nella fase post-adozione; tali gruppi si sono riuniti a cadenza quindicinale, il sabato mattina, presso una delle nostre sedi.

Il progetto proseguirà con ulteriori attività nel corso del 2006.

- PROGETTO SULLA "MEDIAZIONE FAMILIARE".

Nel 2004 era stato offerto un percorso di mediazione familiare ad alcune coppie di genitori che avevano preso la decisione di separarsi o già in situazione di separazione/divorzio. Tale attività (che era stata

svolta in forma sperimentale per valutarne l'impatto con l'utenza) è proseguita nel 2005 a cura di tre assistenti sociali dell'U.O. formate in materia.

- PROGETTO REGIONALE "L'ADOZIONE INFORMATIZZATA".

Dopo la sperimentazione del 2004, è proseguito l'utilizzo in tutta la Regione di un programma informatico (ADONET) nel campo delle attività che vengono svolte per l'iter adottivo. L'obiettivo iniziale era di avere a livello regionale, in "tempo reale", tutte le informazioni necessarie relative alle procedure adottive. Al momento non vi sono informazioni che indichino un termine per tale modalità di trasmissione dei dati.

Continuata la COLLABORAZIONE col Centro Specialistico "IL FARO" per la cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e della famiglia (PROGETTO REGIONALE per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento e l'abuso sessuale). Tale collaborazione ha previsto la partecipazione alla Commissione Tecnica di Consultazione e ha dato lo spunto per una Formazione interna, rivolta a tutti gli operatori della U.O., sui "segnali" di abuso e maltrattamento, in modo che ogni operatore che si trova a lavorare con i bambini possa aver presente la problematica ed eventualmente segnalare al Servizio competente.

Proseguita la collaborazione con gli Enti Locali, attraverso i Comitati Tecnici Territoriali, per l'attuazione di alcuni progetti relativi alla DGR 4222 (Fondo Regionale di Intervento per l'Infanzia e l'Adolescenza).

NUOVE ATTIVITA'

Predisposto un "PROTOCOLLO ADOZIONI" in cui si è stabilita la procedura utilizzata da questa U.O. per l'esecuzione di tutte le attività necessarie, a partire dallo studio di coppia fino alle relazioni finali inerenti l'inserimento del bambino. Tale protocollo viene utilizzato in tutta l'ULSS e verrà, se possibile, migliorato nel corso del 2006.

- Adesione al PROGETTO DEDALO 1 con il Centro Don Calabria per la messa a punto di un nuovo modello di formazione professionale per persone disabili. Al termine dell'anno sono state poste le basi per DEDALO 2, possibile estensione all'area del disagio. I lavori proseguiranno nel 2006.

- E' stato organizzato uno "SPORTELLO TELEFONICO DI CONSULENZA SUL LINGUAGGIO". Tutte le 6 logopediste della U.O. hanno individuato un giorno ed un orario precisi nei quali un genitore che avesse dei dubbi poteva semplicemente telefonare ed ottenere dei chiarimenti. Attraverso queste consulenze è stato possibile risolvere alcuni semplici quesiti senza necessità di appuntamento e/o individuare con maggior precisione le necessità a cui rispondere. Lo "sportello" continuerà anche nel 2006, ma si ritiene utile pubblicizzare l'offerta.

- Iniziata una collaborazione, su iniziativa della Provincia, con i vari Enti pubblici che si occupano anche di DISABILITÀ SENSORIALI. Dal tavolo di lavoro dell'aprile 2005 è emersa l'importanza di un collegamento interistituzionale che sfocerà nella costituzione di un comitato tecnico scientifico.

- E' stato organizzato un CORSO DI FORMAZIONE PER FACILITATORI DI GRUPPI A.M.A. a cura di due assistenti sociali dell'U.O., rivolto a persone già appartenenti a gruppi di Auto Mutuo Aiuto esistenti da anni nel nostro territorio. Il corso è stato aperto ai cittadini interessati di tutta l'ULSS.

- Partecipazione alla SPERIMENTAZIONE REGIONALE SULL'ACCREDITAMENTO. Tale progetto consisteva nella sperimentazione delle procedure di autorizzazione e accreditamento istituzionale per le strutture sociali e socio sanitarie per l'infanzia. Per quanto di competenza, ci si è occupati della valutazione dei vari aspetti formativi ed educativi del personale, relativamente a 16 asili nido integrati insistenti nel nostro territorio.

- PROGETTO REGIONALE : PRESTITI SULL'ONORE PER LA FAMIGLIA. L'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Veneto ha predisposto, a sostegno della famiglia ed in particolare dei nuclei familiari con figli piccoli ed adolescenti o maggiorenni a carico, e che abbiano avuto una significativa riduzione del reddito dovuta a particolari motivi (perdurare disoccupazione, decesso, detenzione carceraria, esistente o sopravvenuta disabilità di uno dei figli o dei genitori) un prestito sull'onore a tasso zero. Per le informazioni, l'aiuto nella compilazione, la consegna e l'inoltro delle domande, è stato stabilito che i cittadini dovessero rivolgersi al Consultorio Familiare. Nella nostra AULSS si è stabilito un punto informativo telefonico presso la segreteria centrale dell'U.O., un giorno ed un orario dedicati presso tutti i Punti Sanità a cura delle assistenti sociali, si è costituita una Commissione multiprofessionale per la valutazione delle richieste e si è data informazione a tutti i Comuni, i quali hanno collaborato efficacemente con una prima azione di filtro. Il progetto continuerà anche nel 2006 e sarà migliorata l'organizzazione, variando i giorni e gli orari al fine di favorire gli utenti.

- PROGETTO REGIONALE SUI CONSULTORI FAMILIARI

RILIEVI SUI DATI

Si conferma che il numero medio di “situazioni” seguite in un mese è di circa 400.

“ Nel 2005 sono stati visti/seguiti 2697 utenti (112 in più rispetto al 2004), di cui 2489 residenti.

“ La percentuale dei minori residenti visti sul totale dei minori è del 5.6%. Per quanto riguarda i minori, afferiscono al Servizio tutte le patologie e/o le difficoltà (escluso le situazioni di tutela per maltrattamento/abuso) e pertanto la percentuale di affluenza è abbastanza indicativa dei bisogni espressi dalla nostra popolazione minorile. Per quanto riguarda invece gli adulti, questi afferiscono solo per alcune problematiche “selezionate” (maternità e paternità responsabili, adozioni, conflittualità di coppia, problematiche legate a sessualità e contraccezione) e pertanto la percentuale di affluenza non è indicativa dei bisogni dell’età adulta che si rivolge anche ad altri servizi AULSS, a Consultori privati o a professionisti esterni.

“ Per quanto riguarda i **PRINCIPALI MOTIVI DI ACCESSO** ai servizi dell’U.O., tutti gli utenti sono stati “classificati” in base alla richiesta per la quale sono stati visti o, nel caso dei minori con handicap, in base alla diagnosi. Vengono di seguito indicate le principali categorie descrittive, segnalando la prevalenza percentuale del problema rispetto ai minori o agli adulti seguiti. N.B.: la somma delle categorie descrittive è superiore al totale degli utenti sia perché alcune diagnosi sono multiple, sia perché alcuni utenti sono stati seguiti per motivi differenti.

DIAGNOSI E/O PROBLEMI PRESENTATI DAGLI UTENTI VISTI NEL 2005					
MINORI CON HANDICAP (residenti)			MINORI CON PROBLEMI DIVERSI (residenti)		
n°	%	Descrizione	n°	%	Descrizione
161	12.2	Ritardo mentale di vario grado	244	18,5	Difficoltà di linguaggio
71	5.4	Sindrome epilettica	219	16.6	Problematiche relazionali
63	4,8	Deficit neuromotori di origine centrale	199	15.1	Difficoltà di apprendimento
37	2,8	Disturbo evolutivo specifico del linguaggio	100	7.6	Problematiche comportamentali
32	2.4	Disturbi evolutivi specifici misti	29	2.2	Problemi di somatizzazione
31	2.3	Disturbo generalizzato dello sviluppo	15	1,1	Ritardo sviluppo psicomotorio
30	2.3	Sindrome di Down	5	0,4	Disturbi Comportamento Alimentare
21	1,6	Deficit uditivo	5	0,4	adozione
17	1,3	Sindromi da alterazione cromosomica	202	15.3	Altro
15	1,1	Malformazioni congenite	64	4.8	Manca dato
14	1.1	Sindrome da deficit attentivo			
9	0,7	Deficit visivo			
8	0,6	Deficit motori di origine periferica			
1	0,1	Disturbi psicotici			
73	5.5	Altro			
N.B.: percentuale calcolata sul totale dei minori residenti visti					
ADULTI (residenti)			TOTALE GENERALE UTENTI (minori + adulti)		
n°	%	Descrizione	n°	%	Descrizione
446	38.2	Percorso nascita	1167	43.27	Adulti residenti
155	13.3	Assistenza e tutela gravidanza	107	3.97	Adulti fuori ULSS
138	11.8	Sensibilizzazione e iter Adottivo	1274	47.24	Totale Adulti
127	10.9	Sessualità e contraccezione	1013	37.56	Minori residenti
91	7.8	Sostegno alla genitorialità	309	11.46	Minori con handicap residenti
73	6.3	Problematiche di coppia	101	3.74	Minori Fuori ULSS
40	3.4	Auto Mutuo Aiuto	1423	52.76	Totale minori
97	8.3	Altro	2697	100	Totale Generale
N.B.: percentuale calcolata sul totale degli adulti residenti visti e di tutti gli utenti visti					

“ La percentuale delle situazioni totalmente nuove per tutti gli operatori è stata divisa, come lo scorso anno, tra età evolutiva ed età adulta, presentando le due aree di intervento caratteristiche molto diverse nell’offerta dei servizi. Per quanto riguarda i minori, si rileva una percentuale del 40.8%; per quanto riguarda gli adulti, la percentuale di casi totalmente nuovi è del 67.4% . In entrambi i casi vi è una diminuzione rispetto l’anno precedente, ma non si ritiene che il dato sia significativo in quanto si è evidenziata una certa variabilità nel corso del tempo (per quanto riguarda i minori, la percentuale media dei casi nuovi negli ultimi 5 anni è del 41.6%).

“ Non si rilevano particolari variazioni rispetto alle fasce di età. I dati relativi ai minori visti rispetto alla popolazione coetanea evidenziano tutti gli anni che l’età in cui vi è maggior richiesta è quella della Scuola Primaria. Le difficoltà di apprendimento o di comportamento a scuola rimangono uno dei principali motivi per l’iniziale richiesta di aiuto.

La percentuale di minori con handicap/disabilità seguiti (23.37%) rispetto ai minori con problematiche diverse (76.63%) è lievemente diminuita rispetto lo scorso anno (la percentuale media degli ultimi 5 anni è del 24.65%).

Realzione 2005 : Area Tutela Minori

All'interno dell'Unità Operativa complessa Materno Infantile, Età Evolutiva e Famiglia, opera l'Unità Operativa semplice Tutela Minori.

Il Servizio su delega dei Comuni dell'ULSS 21 assolve a tutte le funzioni riguardanti i minori soggetti ai provvedimenti del Tribunale Civile, Giudice Tutelare, Tribunale dei Minori e Organi Giudiziari. (d.p.r. 616/77 art. 23)

RISORSE:

1 Psicologa Responsabile : Dott.ssa Chiara Gobetti a 3 8 ore 1 Psicologa, Dott.ssa Luigina Zappon a 38 ore spec. Età Evolutiva., 1 Assistente Sociale : Dott.ssa Mariagrazia Guardalben a 36 ore 1 Assistente Sociale : Dott.ssa Emanuela Marchiori a 25 ore, assunta come libera professionista tramite i fondi del Dgr 4222/03 1 Educatore Professionale : Dott.ssa Federica Bersani a 15 ore, assunta tramite i fondi del Dgr 4222/03, 1 Educatore Professionale : Dott.ssa Michela Palma 10 ore, assunta tramite i fondi del Dgr 4222/03

Il fenomeno del disagio minorile negli ultimi anni ha avuto un incremento esponenziale dovuto essenzialmente a:

- disgregazione del sistema famiglia; (mancanza di interventi a supporto delle funzioni genitoriali soprattutto per le famiglie mononucleari)
- aumento dell'immigrazione, con conseguenti nuovi bisogni e nuove povertà;
- incremento delle problematiche adolescenziali legate ad aspetti di disadattamento con effetti di disturbi comportamentali e/o depressivi, e diffusione e consumo fra i giovani di droghe e alcool;
- aumento dei casi di separazione coniugale

Tali problematiche, in uno scenario futuro, saranno sempre più diffuse e pertanto sarà necessario intervenire non solo con proposte dirette da parte del Servizio ma con Progetti in stretto collegamento con le agenzie territoriali e con gli altri Servizi Socio Sanitari dell'ULSS.

Bisognerà porsi il quesito su come affrontare il fenomeno del disagio minorile nella sua complessità con un'offerta di interventi che partano dalla prevenzione fino alla loro totale presa in carico.

Nell'anno 2005 il Servizio Tutela Minori ha seguito 110 minori, in situazioni di disagio, e i relativi nuclei famigliari.

Inoltre ha in carico 138 nuclei famigliari collegati al Tribunale Civile. (vedi tabelle allegate)

Per i casi sopra citati il Servizio ha effettuato prestazioni di ordine sociale, psicologico ed educativo a favore del minore e della sua famiglia; e tutti gli interventi necessari alla rimozione del disagio legato alle problematiche in atto. Il Servizio ha svolto inoltre tutte le indagini richieste dagli Organi Giudiziali, con perizie e relazioni scritte atte a portare ad un progetto condiviso ed allargato ai servizi del territorio ed al contesto del nucleo famigliare. Sono state effettuate valutazioni di maltrattamento e di disagio con presa in carico della situazione del minore e della famiglia a livello psicologico, sociale ed educativo.

Nei casi di grave maltrattamento sono stati eseguiti successivi interventi di allontanamento e di inserimento dei minori in struttura e/o famiglia, con conseguente accompagnamento e monitoraggio di questo percorso.

Terminato l'affido il Servizio ha gestito anche il reinserimento presso il contesto famigliare e sociale di appartenenza. In questi casi viene effettuato un lavoro di rete e collegamento con i servizi territoriali.

L'unità Operativa si occupa inoltre di tutte le consulenze legate al Tribunale Civile inerenti alle le situazioni di separazione con valutazione sia della coppia che dei figli.

Si sono effettuati a riguardo oltre alle perizie anche interventi a sostegno della genitorialità e a supporto delle relazioni tra gli ex coniugi.

Il Servizio effettua anche un supporto educativo di "visite protette" nel caso in cui uno dei due genitori abbia interrotto il rapporto con i figli.

Il Servizio ha partecipato :

- 1- Gruppo di coordinamento con l'ULSS 22 per quanto concerne gli interventi legati al Tribunale Civile
- 2 - Ha rappresentato inoltre l'ULSS 21 nel Comitato Tecnico del Centro Regionale per l'abuso ed il maltrattamento "IL FARO" di Verona

Ha svolto funzioni di Pronto Intervento diurno (chiamate dei Carabinieri, Organi Giudiziali, Polizia, etc..)

Durante il 2005 gli operatori del Servizio Tutela Minori hanno partecipato ad un corso di aggiornamento sull'abuso ed il maltrattamento effettuato dell'ULS S 21; ad un corso sulla psicodiagnosi del minore maltrattato effettuato dall'associazione N.A.D.I.A di Verona (psicologi); ad un corso sull'abuso ed il maltrattamento dell'Associazione AIBI di Milano (assistenti sociali).

Il servizio tutela minori nel 2005 ha collaborato e sta collaborando per un progetto di famiglie straniere da sensibilizzare sul tema dell'affido.

Il servizio tutela minori ha inoltre partecipato al progetto "Azimut" presso l'Istituto Don Calabria sullo studio del fenomeno dei minori stranieri non accompagnati.

INTERVENTI DIRETTI SULL'UTENZA Totalità interventi così suddivisi:

Assistente sociale a 36 ore settimanali-> 1330 interventi
Assistente sociale a 25 ore settimanali->885 interventi,
Educatore professionale a 15 ore settimanali->726 interventi
Educatore professionale a 10 ore settimanali->572 interventi,
Psicologo responsabile del servizio a 38 ore settimanali ->992 interventi, più gli interventi sostenuti come responsabile dell'U.O.(riunioni, ecc.),
Psicologo a 38 ore settimanali->407 interventi

Il Servizio effettua per ogni situazione in carico in media due perizie scritte all'anno.

Gli operatori inoltre partecipano ad una riunione di equipe settimanale.

MINORI IN CARICO con Provvedimento, TRIBUNALE MINORI e GIUDICE TUTELARE, CON IMPEGNO DI SPESA

Numero totale minori 110. n. 21 Stranieri n.37 Femmine n.73 Maschi

COMUNE DI RESIDENZA:

ANGIARI	2
BOVOLONE	16
BONAVIGO	1
CASALEONE	2
CASTAGNARO	2
CEREA	15
CONCAMARISE	1
GAZZO VERONESE	4
LEGNAGO	22
MINERBE	7
MILANO	1
NOGARA	3
OPPEANO	5
ROVERCHIARA	4
RONCO ALL'ADIGE	8
PALU'	2
S. PIETRO DI MORUBIO	2
SALIZZOLE	4
SORGA'	
VILLABARTOLOMEA	1
ZEVIO	7

SEPARAZIONI IN CARICO Tribunale civile

Totale nuclei famigliari incarico: 138

Comune di residenza:	
Angiari	4
Bonavigo	2
Boschi S. Anna	1
Bovolone	22
Casaleone	3
Castagnaro	2
Cerea	20
Concamarise	1
Gazzo Veronese	2
Isola Rizza	4
Legnago	19
Minerbe	4
Nogara	6
Oppeano	7
Ronco All'Adige	3
Roverchiara	4
S. Pietro di Monbio	1

Salizzole	3
Sanguinetto	1
Sorgà	1
Verona	1
Villabartolomea	5
Zevio	20
Fuori AULss	1

n.	MINORI IN STRUTTURA	posizioni 2005	giornate di presenza 2005	Retta media	consuntivo Sociale 2005
1	Associazione BETANIA - Zevio	22	5987	€ 44,78	€ 268.100,00
2	DON CALABRIA - Verona	6	1738	€ 75,05	€ 130.429,21
3	CERRIS Ulss 20 - Verona	2	672	€ 102,48	€ 68.507,30
4	Coop. IL RAMO DEL CEDRO - Minerbe	1	6	€ 119,60	€ 717,60
5	Ass. PAPA GIOVANNI XXIII	2	730	€ 72,94	€ 53.246,20
6	Ass. PICCOLA FRATERNITA' - Cerea	5	1733	€ 35,00	€ 60.655,00
7	Comunità La Gabbianella - Este	3	1064	€ 91,67	€ 97.538,48
8	Istituto Sacchieri - Montagnana	2	37	€ 41,59	€ 1.539,00
9	Comunità San Gaetano - Vicenza	1	329	€ 60,00	€ 19.740,00
10	Ass. "Gruppo Samuele" - Legnago	2	410	€ 78,57	€ 32.215,00
11	Comunità Il Quadrifoglio - Latina	1	130	€ 60,00	€ 7.800,00
12	Associazione Insieme PER - Este	2	396	€ 68,25	€ 27.028,00
13	Comunità Amicizia - Padova	1	365	€ 52,00	€ 18.980,00
14	Coop. Soc. "l'Albero" - Verona	1	120	€ 112,47	€ 13.489,05
15	Ass."una famiglia in più" - Urbana (pd)	1	163	€ 50,00	€ 8.150,00
	Totale Minori in struttura	52	13.880		€ 808.491,84
16	MINORI IN AFFIDO	46	15.426	€ 13,67	€ 210.822,91
	Totale parziale	98	29.306		€ 1.019.314,75
17	DON CALABRIA Educatore - Verona	16	ore 4403	€ 22,00	€ 96.863,12
		114			
	MINORI Ins. Lav.	10			€ 4.950,00
	MINORI Ins. In Centro di Incontro	15			€ 25.000,00
	Totali	139			€ 1.145.770,87

Si presenta di seguito il PIANO TERRITORIALE AREA MINORI.

Si tratta della 3° fase di pianificazione in seguito alla emanazione della L.285/97, strutturata su base annuale e valida per un biennio.

L'ultima trince di finanziamento consente di implementare le attività comprese in questa progettazione fino al 31/12/2007.

Questo piano è la concretizzazione della collaborazione tra Comuni e Ulss nell'area complessa e cruciale dell'infanzia, adolescenza e famiglia.

3.3.3 PIANO TERRITORIALE AREA MINORI D.G.R.V.4222/03

PREMESSA METODOLOGICA

L'opportunità di azioni programmatiche e progettuali offerta dalla D.G.R.V. 4222/03 viene offerta cronologicamente dopo le grandi tappe costituite da due Piani Triennali area minori L.285/97 e il Piano di Zona dei servizi alla persona 2002-2004.

Questi documenti programmatici hanno costituito per il territorio dell'A.ULSS 21, inteso in senso geografico e istituzionale, delle "tappe evolutive" delle quali, in questo momento, possiamo utilizzare i prodotti in termini di maggior conoscenza del territorio e delle sue necessità, miglioramento dei rapporti tra enti, amministrazioni locali, associazionismo e altri soggetti sociali, accresciuta capacità di collaborazione e di gioco di ruoli, nel rispetto di competenze e di professionalità, al fine di raggiungere una progettazione condivisa e partecipata.

Il motto della L.285/97 era “Bisogna essere molto grandi per pensare i problemi dei più piccoli” : il percorso compiuto per elaborare i due Piani triennali e per attivare i progetti in essi contenuti hanno fatto “crescere” individualmente tutti i soggetti sociali che vi hanno contribuito e, soprattutto, hanno creato la consapevolezza della necessità di costruire e mantenere una modalità di lavoro in rete tra istituzioni in cui ognuno è importante, affidabile e legittimato come lettore dei problemi, portatore di interessi, attore di interventi nel suo ruolo e nel suo livello di rappresentanza.

Pertanto, se giuridicamente si può dire che nell’A.ULSS 21 l’art.23 D.P.R. 616/77 è stato “delegato” dai Comuni all’A.ULSS stessa, la complessità della gestione di tale competenza delegata ha fatto sì che si rendesse necessario un così fitto confronto che la “delega” si può rappresentare quasi come una co-gestione, una co-progettazione che vede un soggetto maggiormente imprenditivo, ma l’altro non certo de-responsabilizzato e, anzi, consapevole dello stretto collegamento tra attività per l’agio-prevenzione-valutazione del rischio-diagnosi precoce-presa in carico.

L’esperienza dei vari tavoli di lavoro attivati nel tempo, specialmente con il lavoro capillare a livello comunale avviato per la stesura del Piano di Zona, ha costituito un bagaglio imprescindibile e facilitante sia per l’istituzione del Gruppo di lavoro previsto dalla DGRV 4222/03 che per l’attivazione dei passaggi istituzionali all’interno di organismi come la Conferenza dei Sindaci, l’Esecutivo, il Coordinamento degli assessori ai Servizi Sociali e i singoli Comuni.

Pertanto, se la titolarità del Piano e della relativa progettualità, è da attribuirsi dal punto di vista formale ed amministrativo al Comune capofila – Legnago-, la titolarità concettuale ed operativa è sostanzialmente condivisa da tutti i soggetti sociali presenti sul territorio e rappresentati nel gruppo di lavoro.

PIANO TERRITORIALE

Il presente Piano Biennale di interventi per l’Infanzia e l’Adolescenza si basa su tre assunti fondamentali:

- il collegamento con i precedenti Piani Triennali Area Minori e il Piano di Zona;
- il monitoraggio e la valutazione dei progetti fin qui implementati;
- la metodologia del lavoro di rete.

Come esposto anche nei precedenti documenti di pianificazione, il territorio dell’A.ULSS 21 è caratterizzato da alcuni fenomeni sociali e demografici – de-natalità, alto indice di invecchiamento e alto indice di dipendenza, ricongiungimento familiare della prima generazione di immigrati – dei quali è opportuno tener conto per una organizzazione dei servizi più funzionale.

Partendo dal dato di fatto che la famiglia è il luogo di maggior condensazione delle relazioni per ogni individuo, tanto più se esso è un minore, si intende costruire e mantenere operativi quei collegamenti tra i soggetti, i servizi, le attività e i progetti esistenti in modo tale che ne risulti una rappresentazione del tema “famiglia/famiglie” coerente e condivisa.

La promozione e il sostegno della dimensione familiare nelle varie sfaccettature proposte dalle aree indicate dalla delibera regionale:

- supporto alla genitorialità in situazioni di normalità e di disagio;
- valorizzazione della genitorialità sociale
- comunità, scuola, famiglia

costituisce per noi una cornice entro la quale coordinare varie azioni che derivano in parte da progetti del precedente Piano che si sono dimostrati particolarmente efficaci, in parte sono innovativi.

Si è scelto di puntare l’attenzione sulla genitorialità nelle diverse fasi del ciclo di vita della famiglia e, parallelamente, sul minore nella diversità esistenziale dell’essere bambino e adolescente, per garantirne i diritti, sostenerne la crescita, favorirli nell’utilizzo delle risorse già presenti nel territorio, attraverso interventi diversificati, integrati, personalizzati di promozione, sostegno e presa in carico.

Il macro-obiettivo di Piano è costituito dalla costruzione e manutenzione della rete territoriale dei servizi rivolti ai minori e alle famiglie, superando la modalità di mera “erogazione” di interventi per passare a un maggiore senso di corresponsabilità e continuo confronto a livello politico, una maggiore sinergia e possibilità di risposta alle emergenze territoriali a livello tecnico rafforzando il lavoro inter-professionale, una maggiore capacità di co-progettazione e collaborazione da parte del privato-sociale e dell’associazionismo del territorio.

E’ da sottolineare la valenza di promozione sociale che il progetto contiene, poiché attua varie attività a carattere educativo e formativo a livello di famiglie e di Comunità, nonché del volontariato del territorio.

Pertanto, si è ritenuto opportuno garantire la coerenza delle singole azioni delineando un unico “progetto contenitore” nell’ottica della creazione di un servizio educativo territoriale flessibile e sfaccettato, all’interno del quale sono possibili interventi specificamente rivolti a:

- l’area di sostegno ai genitori e di accompagnamento dei figli nelle diverse fasi di crescita;
- l’area di lettura e presa in carico precoce ed adeguata delle situazioni di significative e complesse disarmonie evolutive e di genitorialità disfunzionali, distinta negli ambiti “Infanzia” e “Adolescenza”;
- l’area di promozione e formazione della famiglia solidale per il sostegno ai genitori in difficoltà;
- l’area di promozione e sostegno della cultura dell’accoglienza e della mediazione interculturale nell’ambito dei servizi alla persona e nella scuola.

Il titolo del progetto “Tandem 21” sottolinea il concetto della responsabilità sociale che si affianca alla responsabilità individuale delle famiglie.

La durata biennale costituisce la dimensione temporale minima per l’attuazione del progetto.

Titolo del progetto: “ TANDEM 21”

“Sostegno socio-educativo territoriale per famiglie con bambini/e ed adolescenti”.

1. Ente responsabile del progetto: Comune di Legnago
2. Durata del Progetto: Annuale
3. Data prevista inizio: 01.10.2004
4. Data prevista fine: 30.09.2005
5. Ambito della progettualità: Il territorio dei 25 Comuni dell’AULSS 21
6. Partner

Il progetto coinvolge

PARTNER PUBBLICI:

25 Comuni del territorio dell’AULSS 21, l’Azienda ULSS 21, l’Ufficio Servizio Sociale per i Minorenni Sezione Verona – Centro Giustizia Minorile, gli Istituti Scolastici del territorio dell’AULSS 21;

PARTNER DEL PRIVATO SOCIALE:

Istituto Don Calabria Comunità S.Benedetto di Verona, Associazione Papa Giovanni XXIII di Legnago, Cooperativa Mediatori Culturali, ENAIP Veneto, e altre associazioni che possono essere coinvolte secondo le azioni specifiche del progetto.

7. Caratteristiche demografiche

Il territorio interessato dal progetto comprende un totale di 144.000 abitanti, di cui n. 22.876 minori di 18 anni suddivisi come in tabella

Età	0-2	3-5	6-10	11-14	15-17	TOTALE
Residenti al 31/08/2003	3841	3794	6102	5169	3970	22876

8. Descrizione dell’area e dell’ambito di intervento:

Secondo la DGRV 4222/03:

Area A – supporto alla genitorialità in situazioni di normalità e di disagio nelle due accezioni di

I) attivazione di progetti orientati all’accompagnamento delle famiglie nello svolgimento dei compiti educativi

II) individuazione e promozione di forme innovative di supporto alla genitorialità per realtà familiari problematiche

Area B – valorizzazione della genitorialità sociale espressa attraverso le reti di famiglie e l’associazionismo familiare

Area C – comunità, scuola, famiglia: collaborazioni tra le diverse agenzie formative del territorio nelle accezioni di

I) gestione coordinata di spazi a disposizione per iniziative educative, ludiche, aggregative

II) promozione di diritti

9. Obiettivi generali del progetto

Ponendo al centro dell’intervento i BAMBINI/E ed ADOLESCENTI:

- Contribuire a garantire il diritto dei bambini/e ed adolescenti a vivere nel proprio ambito familiare;
- Sostenere l’adolescente nella crescita e nei diversi e significativi luoghi di vita, con particolare attenzione agli adolescenti che presentano disturbi della personalità e del comportamento;
- Contribuire a garantire il diritto dei bambini/e ed adolescenti all’utilizzo delle risorse di socializzazione ludico ricreative-espressive già presenti nel territorio;

Ponendo al centro dell'intervento la FAMIGLIA:

- Aiutare i genitori ad accrescere le proprie competenze educative ed affettive, anche attraverso una maggiore assunzione di responsabilità nella relazione e cura dei propri figli e nella gestione adeguata dei ruoli parentali e delle regole sociali;
- Sostenere le famiglie nella fase critica dell'adolescenza dei figli ed in particolare in presenza di problemi della personalità e del comportamento;
- Formare e sostenere famiglie aperte alla solidarietà e disponibili ad assumere un ruolo attivo nella rete delle risorse territoriali;
- Promuovere l'esigibilità dei diritti di cittadinanza da parte di famiglie immigrate con figli minori.

10. Descrizione e obiettivi specifici del progetto

1. Accompagnare i bambini/e e gli adolescenti nelle diverse fasi del processo di crescita, sostenendoli nei percorsi di inclusione sociale attraverso :

- sostegno socio-educativo domiciliare
- il sostegno psico-sociale
- accompagnamento socio-pedagogico nei diversi luoghi di vita (spazi di socializzazione, ludico-ricreativi- espressivi, scuola, ambienti formativi-lavorativi);

2. Accompagnare la genitorialità nel ciclo vitale della famiglia e nelle diverse fasi di crescita dei figli:

Supportando la genitorialità anche quella disfunzionale attraverso:

- il sostegno socio-educativo e psico-sociale,
- la creazione di ulteriori occasioni di aggregazione significative per fasce di età, per interessi, per problematiche ecc.

3. Promuovere la genitorialità sociale attraverso:

- iniziative di sensibilizzazione e formazione di famiglie considerate come risorsa, avvio di attività da parte delle famiglie selezionate e formate per sostegni diurni, affidi familiari, condivisione di esperienze educative di affiancamento a famiglie in difficoltà di tipo educativo e/o relazionali con figli minori.

4. Promuovere l'esigibilità dei diritti di cittadinanza delle famiglie immigrate attraverso:

- il sostegno ad una cultura della solidarietà dell'accoglienza e dello scambio interculturale;
- avvio di attività di mediazione culturale e linguistica per famiglie immigrate con figli minori per favorire l'accesso adeguato dei genitori alle diverse agenzie-risorse sociali, socio-sanitarie, scolastiche e l'inserimento/integrazione scolastica, formativa, lavorativa, e sociale dei figli.

5. Promuovere e sostenere una lettura e presa in carico precoce ed adeguata delle situazioni di disarmonia evolutiva e di genitorialità disfunzionali attraverso:

- un lavoro interprofessionale, una sinergia e strategia di rete tra servizi sociali, socio-sanitari, educativi-scolastici, pubblici e privato sociale e associazioni di volontariato;
- continuare ed estendere la sperimentazione di percorsi e interventi diversificati di sostegno psico-sociale, socio-educativo e di inclusione sociale personalizzati ed innovativi;

11. Destinatari del Progetto

Il Progetto è rivolto a bambini/e ed adolescenti, minori di 18 anni e loro genitori, appartenenti a famiglie che necessitano di supporto sia per carenze educative, affettive, assistenziali, di integrazione sociale, sia per problemi che insorgono nei momenti critici del ciclo vitale della famiglia, con particolare attenzione agli adolescenti che presentano disturbi della personalità e del comportamento, e alla famiglia immigrata con figli minori.

Il Progetto è rivolto inoltre a famiglie disponibili a mettersi in rete sul territorio al fine di concretizzare il concetto di genitorialità sociale.

12. Articolazione e organizzazione del progetto

Il Progetto si articola in:

1. Area di sostegno ai genitori nel ciclo vitale della famiglia e di accompagnamento dei figli nelle diverse fasi di crescita; l'organizzazione e il coordinamento delle attività compresa la gestione del budget è curato da comitati tecnici territoriali corrispondenti agli ambiti riferiti a Punti Sanità di Legnago, Cerea-Nogara e Bovolone-Zevio;

Il comitato tecnico è formato da Assistenti Sociali dei Comuni afferenti, Assistenti Sociali dei servizi AULSS Area Materno-Infantile Età Evolutiva e Famiglia competenti per territorio.

Budget assegnato dal Fondo Regionale: €116.148,00 + 20% risorse locali rappresentate dagli operatori messi a disposizione dagli enti. Spesa preventivata: €145.185,00.

2. Area di lettura e presa in carico precoce ed adeguata delle situazioni di significative e complesse disarmonie evolutive e di genitorialità disfunzionali distinta su due ambiti che hanno caratteristiche e bisogni specifici e propri: Infanzia e Adolescenza;

2.1 Infanzia

L'organizzazione e coordinamento delle attività, compresa la gestione del budget è curata da un comitato tecnico formato da: Dirigente, Psicologo e Assistente Sociale dell'area Materno-Infantile Età Evolutiva e Famiglia.

Budget assegnato dal Fondo Regionale: €70.000,00 + 20% risorse locali rappresentate dagli operatori messi a disposizione dagli enti. Spesa preventivata: €87.500,00.

2.2 Adolescenza

L'organizzazione e coordinamento delle attività, compresa la gestione del budget è curata da un comitato tecnico formato dal referente Ufficio Piano di Zona - Piani e Programmi dell'AULSS, un rappresentante del Coordinamento degli Assistenti Sociali dei Comuni, dall'Assistente Sociale dell'USSM competente per il territorio AULSS 21 – Centro Giustizia Minorile.

Budget assegnato dal Fondo Regionale: €25.000,00 + 20% risorse locali rappresentate dagli operatori messi a disposizione dagli enti. Spesa preventivata: €31.250,00.

3. Area di promozione e formazione della famiglia solidale per il sostegno a genitori in difficoltà; l'organizzazione e coordinamento delle attività, compresa la gestione del budget è curata da un Assistente Sociale indicato da ciascun comitato tecnico territoriale dell'area di cui al punto 1 pag.3, da un Assistente Sociale dell'AULSS e un rappresentante del Privato Sociale con esperienza specifica nell'area.

Budget assegnato dal Fondo Regionale: €7.000,00 + 20% risorse locali rappresentate dagli operatori messi a disposizione dagli enti. Spesa preventivata: €8.750,00.

4. Area di promozione e sostegno della cultura dell'accoglienza e della mediazione interculturale nell'ambito dei servizi alla persona e nella scuola; l'organizzazione e coordinamento delle attività, compresa la gestione del budget è curata da un Assistente Sociale indicato da ciascun comitato tecnico territoriale dell'area di cui al punto 1 pag.3, un Assistente Sociale dell'area Materno-Infantile Età Evolutiva e Famiglia, un rappresentante della Scuola.

Budget assegnato dal Fondo Regionale: €35.000,00 + 20% risorse locali rappresentate dagli operatori messi a disposizione dagli enti. Spesa preventivata: €43.750,00.

PIANO ANNUALE

LA COMUNITA' COME FAMIGLIA, LA FAMIGLIA COME COMUNITA': I PERCORSI DELLA SOCIALIZZAZIONE MONITORAGGIO DELLE PROGETTUALITÀ

SCHEDA PROGETTO 1. DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Ambito Territoriale 25 Comuni dell'Azienda Ulss 21

Compilatore (Capo progetto) Dott.ssa Patrizia Lonardi Data compilazione |29|04|04|

Titolo Progetto "TANDEM 21" Sostegno socio- educativo territoriale per famiglie con bambini/e ed adolescenti

Codice progetto (a cura dell'Osservatorio) _____

A. DATI GENERALI DI PROGETTO

A1. Ente responsabile del progetto |5| 1. Comune di Legnago 2. ULSS
_____ 3. Scuola _____ 4. Provincia di _____ 5.

Altro _____

A2.2A2.3 Data inizio progetto |01|10|04| Data prevista fine progetto |30|09|05|

A3.1A3.2 L'ampiezza territoriale del progetto è |5| Numero di Comuni coinvolti |2|5| Intero territorio AULSS

A4. Enti coinvolti nella fase di progettazione 5 Comune/i 5 ULSS q Provveditorato q
Scuola/eq Tribunale Minori q Cooperativa sociale/i q Associazione/i q
Università q Libero professionista/i 5 Altro: USSM- centro Giustizia Minorile

A5. Enti coinvolti nella fase di realizzazione del progetto 5 Comune/i 5 ULSS q
Provveditorato 5 Scuola/eq Tribunale Minori 5 Cooperativa sociale/i 5
Associazione/i q Università q Libero professionista/i 5 Altro: Istituto Religioso

B. TIPOLOGIA DEL PROGETTO

B1. Breve descrizione del progetto

Istituzione di un servizio socio- educativo territoriale rivolto alla famiglia con bambini/e ed adolescenti.

B2. Obiettivi specifici del progetto

1. Accompagnare i bambini/e e gli adolescenti nelle diverse fasi del processo di crescita, sostenendoli nei percorsi di inclusione sociale.

Accompagnare la genitorialità nel ciclo vitale della famiglia e nelle diverse fasi di crescita dei figli.

Promuovere la genitorialità sociale.

Promuovere l'esigibilità dei diritti di cittadinanza delle famiglie immigrate.

Promuovere e sostenere una lettura e presa in carico precoce ed adeguata delle situazioni di disarmonia evolutiva e di genitorialità disfunzionali.

B3. Ambito di attivazione (DGR) A. Supporto alla genitorialità in situazioni di normalità e di disagio5 Accompagnamento della genitorialità nelle diverse fasi di crescita dei figli5 Supporto alla genitorialità disfunzionale 5 Sostegno educativo domiciliare.q Supporto alla genitorialità sociale

Percorsi di mutuo aiuto per genitori in situazione di disagio.q Centri di ascolto e consultazione per adolescentiB. La genitorialità sociale: rete di famiglie, associazionismo familiare5 Promozione dell'associazionismo familiare e della rete educativa territoriale.5 Promozione della genitorialità sociale: affidamento e adozione.5 Promozione della cultura della solidarietà e dell'accoglienza. C. Comunità, scuola, famiglia: collaborazioni tra le diverse agenzie formative del territorioq Laboratori, attività teatrali, ludico- sportive in collaborazione tra le diverse agenzie educative del territorio, in primis la scuola. 5

Gestione coordinata di spazi a disposizione per iniziative educative, ludiche, aggregative.q Consigli comunali per bambini/adolescenti.5 Promozione di diritti

C. ELEMENTI INNOVATIVI DEL PROGETTO

C1. Progetto già finanziato L. 285/97(prosecuzione) Sì 1.Sì

2. No5 In parte

Se no o in parte,

C1.1 Il progetto è 1. Completamente nuovo (in parte)2. Attivazione di un progetto già esistente, non attivato in precedenza3. Mantenimento di un progetto esistente4.

Ridefinizione e sviluppo di un progetto esistente

D. UTENZA PREVISTA DA PROGETTO

D1. I bambini sono utenti diretti del progetto? 1. Sì 2. No

D1.1 Se sì, indicare le classi di età previste 5 0-3 anni5 4-5 anni5 6-10 anni 5 11-14 anni5 15-17 anni

D2. Sono previsti adulti tra gli utenti diretti del progetto? 1. Sì 2. No

D2.1 Se sì, indicare le tipologie previste 5 Genitori5 Operatori (pubblici, privati, volontari)5 Insegnantiq Medici di base/Pediatriq Altro _____

D3. Progetto specificatamente rivolto a particolari fasce d'utenza q Immigratiq Handicapq Altro _____

E. ALTRE INFORMAZIONI SUL PROGETTO

E1. Operatori coinvolti nella realizzazione del progetto 5 Operatori sociali pubblici nr. |1|5|5 Operatori socio-sanitari pubblici nr. |1|5|5 Operatori sociali privati nr. |1|5|5 Volontari nr. |1|5|5 Insegnanti nr. |1|5|5 Medici di base/pediatri nr. |1|5|5 Altro _____ nr. |1|5|5

☒ Gli adulti significativi verranno coinvolti come previsto dai progetti individualizzati •

E2. Oltre al finanziamento regionale (non superiore all'80% della spesa) il territorio contribuisce con: 1. |5| | Altre risorse economiche (specificare ente finanziatore) _____ 2. |5| | Risorse umane 3. |5| | Attrezzature4. |5| | Locali5. Altro _____

E3. Le attività di monitoraggio e valutazione di progetto previste riguardano:

Obiettivi di valutazione Rilevazione qualitativa* Rilevazione quantitativa**

Frequenza utenza 5 5

Gradimento utenza 5 5

Gradimento collaboratori 5 5

Impiego delle risorse umane 5 5

Collaborazione tra ente titolare e altri enti (lavoro di rete) 5 5

Integrazione del servizio attivato nel territorio 5 5

Altro _____ o o

3.3.4 GRUPPO IMMIGRAZIONE POVERTA' / EMARGINAZIONE – NOMADISMO – PROSTITUZIONE – GIOVANI

Gruppo trasversale di diretto interesse Comunale, con indicazione di conglobare in un unico Gruppo.....

3.3.4.1 AREA POVERTA' EMARGINAZIONE

L'area ha affrontato diverse tipologie di marginalità: si tratta di uomini e donne prive di dimora stabile e adatta, in precarie condizioni materiali di esistenza, prive di una adeguata rete formale e informale di sostegno, che non dispongono di beni essenziali, isolati socialmente che producono comportamenti devianti originati anche da necessità di sopravvivenza o da conflittualità personale e familiare. In alcuni casi la condizione appare irreversibile, in altri invece sono individui in grado di recuperare un livello accettabile di benessere se adeguatamente supportati attraverso percorsi di inclusione sociale, inserimento lavorativo, sostegno economico anche in forme di credito sociale.

Nella realtà comunale ed associativa sono emersi spunti di riflessione per fronteggiare le nuove povertà indotte da condizioni di vita di emarginazione e di difficoltà di integrazione per le fasce deboli della popolazione tra cui: donne separate non in grado di affrontare spese di affitto o il re-ingresso nel mondo del lavoro, soggetti con disabilità lieve o con patologie psichiatriche, ex detenuti, a cui si sono aggiunti cittadini italiani di età medio-elevata inoccupati o disoccupati che non riescono a trovare lavoro e immigrati regolari o meno in difficoltà nell'accedere in una abitazione.

Emergono spunti di riflessione e scelte strategiche in riferimento all'inserimento lavorativo, all'individuazione di formule di pronto intervento sociale anche abitativo e di promozione di cultura educativa di consumo e di microcredito per fronteggiare le emergenze o per interrompere circuiti di prestiti finanziari attivati e riattivati in escalation.

3.3.4.2 AREA IMMIGRAZIONE

L'area dell'immigrazione ha coinvolto tutti i comuni, le associazioni, e il mondo scolastico e sanitario nel tentativo di fare sintesi sui bisogni del nostro territorio.

Sono emerse questioni complesse legate al cittadino straniero innanzi tutto, per esempio, il reperimento di alloggi e il costante mantenimento dello stesso, il passaggio da un lavoro interinale o precario ad uno più duraturo nel tempo, la condizione della donna straniera ed il ruolo educativo a lei riservato, gli irregolari, i minori stranieri non accompagnati.

Altri bisogni sono legati alla struttura del luogo formale e istituzionale in cui i cittadini stranieri vengono ad abitare: la rigidità delle istituzioni formative e la necessità di estensione dell'attività formativa rivolta ad operatori delle diverse agenzie istituzionali di accoglienza degli immigrati; il perfezionamento nella disponibilità e nell'utilizzo di mediatori culturali e di formazione professionale anche nel mondo lavorativo e nel contesto di reperimento alloggio e l'incremento di iniziative extrascolastiche di socializzazione integrata di giovani stranieri e italiani

Tra i problemi non meno significativi che interessano la comunità dei cittadini stranieri e, di conseguenza, l'intera comunità vanno messe in evidenza le situazioni di coloro che non riuscendo a sostenere le quotidiane difficoltà materiali e le pressioni psicologiche connesse all'inserimento in contesto ambientale e sociale diverso dal proprio, vengono risucchiati in spirali di disagio e marginalità.

L'estensione delle problematiche da affrontare e la parcellizzazione degli enti che a vario titolo si interessano al problema hanno innescato un confronto che si ritiene di primario interesse qualora venisse formalizzato come modalità di operatività trasversale sostenuta dalla condivisione degli obiettivi

3.3.4.3 AREA PROSTITUZIONE

Il fenomeno pur circoscritto a poche realtà comunali di maggior aggregazione abitativa non è sottovalutato dal gruppo di lavoro che propone di consolidare e ampliare i progetti inerenti a percorsi di protezione sociale per le donne che intendono sfuggire al circuito della prostituzione.

Una maggiore riflessione è tuttavia centrata sulla necessità di conoscere la vera portata del fenomeno e nel sensibilizzare il territorio per una cultura di accoglienza e di contrasto culturale al fenomeno delle donne straniere vittime di tratta. Tutto ciò è realizzabile prioritariamente con l'adesione ad un processo

metodologico tra diversi attori istituzionali, sociali, sanitari, di terzo settore e forze dell'ordine che condividano strategicamente gli intenti prima ancora di coordinare gli interventi.

3.3.4.4 AREA NOMADISMO

L'interesse per le problematiche legate a quest'area è stato mantenuto vivo soprattutto dalle Amministrazioni comunali interessate dal fenomeno e dalle associazioni che investono in progettualità condivisa con l'ente locale.

Esistono numerose necessità registrate nell'area nomadismo: da un forte bisogno di sostegno educativo dei minori nell'ambito della transizione scuola – lavoro, a un bisogno di contatto e interazione con le famiglie nomadi e con gli adulti le cui regole e il cui stile di vita contrastano e a volte vanificano il lavoro degli operatori in favore dei figli.

Non meno importante è il percorso culturale di accettazione e riconoscimento sociale del nomade sempre più cittadino autoctono e stanziale a tutti gli effetti, che implica una maggiore attenzione delle istituzioni locali verso un raggiungimento di decorosa condizione di vita e la creazione di percorsi specifici che veicolino giovani ed adulti in una prospettiva occupazionale concreta.

Accanto a alla promozione e al consolidamento della collaborazione interistituzionale tra le diverse agenzie impegnate nel settore, sono state individuate priorità nell'integrazione scolastica e sociale anche con l'utilizzo di mediatori culturali, nei percorsi di inserimento lavorativo e inserimento in apprendistato per giovani

5.4 LE STRATEGIE

Pur nella necessità di reperire risorse di mantenimento di una adeguata operatività delle associazioni di settore, del privato sociale, degli istituti caritatevoli e degli enti locali che garantiscono la risposta concreta ai bisogni primari e al pronto intervento sociale il tavolo di lavoro ha espresso l'esigenza di strutturare un coordinamento degli interventi in un'ottica di rete. La costruzione di una rete rappresenta l'espressione di priorità metodologica per l'analisi e il monitoraggio dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi nelle aree di marginalità.

Un coordinamento strutturato che si occupi di un progetto di sistema funzionale all'analisi dei bisogni e delle risorse del territorio considerato; all'individuazione di buone prassi, anche al di fuori del territorio coinvolto; all'elaborazione di strumenti di raccolta e restituzione delle informazioni, di facile accesso e in continuo aggiornamento (ad esempio attraverso un'applicazione web fruibile in rete da tutti gli operatori); al mantenimento di un'equipe di lavoro costituita da rappresentanti dei servizi sociali dei Comuni che intendono aderire, dai referenti delle organizzazioni del Terzo Settore operative sul territorio, dai Dirigenti scolastici e rappresentanti del mercato del lavoro; alla strutturazione di sotto-equipe sui temi ricorrenti di lavoro, scuola-formazione, servizi primari; alla strutturazione di un sistema coordinato dei servizi socio-assistenziali in riferimento alla programmazione elaborata.

3.3.5 DIPENDENZE – GIOVANI

I BISOGNI DELLA COMUNITÀ

Il problema delle dipendenze patologiche è in continuo mutamento e sempre più attuale:

- non scompare la tossicodipendenza da eroina, essa anzi si complica con l'arrivo di nuove generazioni, costituite spesso da poliassuntori, e il contemporaneo acuirsi dei problemi legati all'invecchiamento di una parte consistente delle persone già assistite dai servizi, persone con lunga storia di tossico o alcoolodipendenza e progressivo aumento del bisogno assistenziale e sociale (abitativo, occupazionale) prima ancora che sanitario
- siamo di fronte alla prima vera "epidemia" di cocaina (come sostanza primaria, secondaria e poliabuso), che interessa tipologie di persone e fasce di età molto differenti che difficilmente o solo in fase avanzata si rivolgono spontaneamente ai Servizi;
- è in costante aumento il numero di tossicodipendenti o alcoolodipendenti che presentano problemi di comorbilità psichiatrica media o grave
- si diffondono sempre più nuove droghe ma soprattutto nuove modalità di consumo fra i giovani e i giovanissimi (ecstasy, cannabinoidi, allucinogeni, inalanti ma soprattutto alcool);
- persiste il problema dell'alcolismo, e necessita di interventi sempre più organici ed integrati fra servizi pubblici e privato sociale operante sul territorio
 - si deve affrontare il diffondersi di forme di dipendenza di tipo comportamentale relativamente nuove, almeno come dimensioni del fenomeno, quali il gioco d'azzardo patologico, i disturbi dell'alimentazione, la dipendenza da nicotina.

Tali considerazioni sono emerse dai lavori del gruppo Area Dipendenze/giovani istituito per il piano di zona integrando il Gruppo di lavoro del Piano Triennale Dipendenze 2006-2008 e sono state supportate dall'analisi epidemiologica del fenomeno effettuata a partire dai dati relativi all'utenza del Dipartimento Dipendenze e dal recente "Rapporto Tossicodipendenze ed Alcoolodipendenze, anno 2005" presentato dall'Assessorato alle Politiche sociali, programmazione Socio Sanitaria, Volontariato e non profit sulla base di una ricerca effettuata nel territorio della Regione Veneto dal CNR, oltreché dall'analisi delle risorse e delle offerte esistenti.

Le Aree Prioritarie di intervento indicate dalla Regione Veneto per la predisposizione dei Piani Triennale Dipendenze 2006-2008 sono le seguenti:

- prevenzione selettiva (gruppi a rischio), realizzata tramite interventi rivolti prevalentemente ai comportamenti giovanili emergenti di uso e abuso delle cosiddette nuove droghe, con particolare riferimento alla cocaina, nonché al poliabuso di sostanze legali (alcool) e illegali (cannabinoidi, cocaina, ecstasy ecc.)
- trattamento cocainomani e dipendenze da altre sostanze sintetiche, sperimentando nuovi progetti terapeutico-riabilitativi, a livello ambulatoriale semiresidenziale e residenziale
- reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e/o alcoolodipendenti, da effettuarsi in accordo con il SIL.

3.3.5.1 ATTIVITÀ 2005

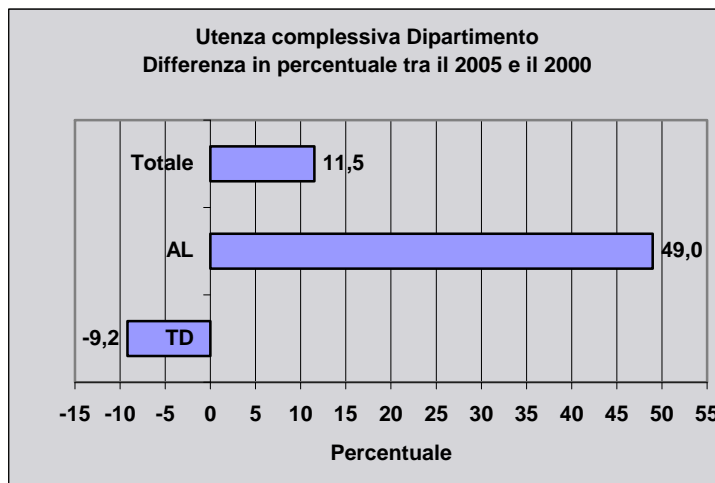
Utenza Del Dipartimento Per Le Dipendenze Dell'Az. ULSS 21

- I due SERT dipartimentali hanno una storia differente: il SERT di Zevio è sorto all'interno di un ospedale, ha sempre lavorato molto anche per un'utenza esterna al territorio di competenza, per molti anni ha mantenuto un'impronta sanitaria prevalente (alcune centinaia di trattamenti disintossicanti in regime di ricovero o day hospital, a partire dal 1980); il SERT di Legnago, soprattutto nei primi anni, ha puntato di più su strategie terapeutiche non farmacologiche e ancora oggi i programmi riabilitativi in strutture residenziali sono più frequenti.
- Le recenti scelte di politica sanitaria hanno comportato variazioni importanti nei due SERT: la popolazione residente nel territorio di Zevio si è ridotta di circa 1/3 (il comune di San Giovanni Lupatoto dal 2002 è uscito dall'Az. ULSS 21) e l'Ospedale di Zevio dal 2000 non prevede più posti letto per disintossicazioni. Il SERT di Legnago ha aperto dal 1999 all'utenza con problemi alcol correlati. La diversa numerosità della popolazione di riferimento, la netta riduzione dell'utenza proveniente da "fuori" (nel momento in cui il SERT di Zevio non ha più potuto offrire servizi specialistici ospedalieri), la presa in carico degli alcoolodipendenti (prima dispersi in strutture non specialistiche) hanno comportato un

rovesciamento numerico dell'utenza complessiva in carico e dal 2004 si è verificato il "sorpasso" da parte del SERT di Legnago.

- Le cartelle aperte ad oggi nei due SERT del Dipartimento per le Dipendenze sono circa 5000: gli utenti, per oltre l'80% maschi, sono più di 1500 con problemi alcol correlati ("alcoldipendenti"), con il contributo ancora prevalente dell'archivio di Zevio, e circa 3500 con problemi da uso di altre sostanze psicoattive ("tossicodipendenti").

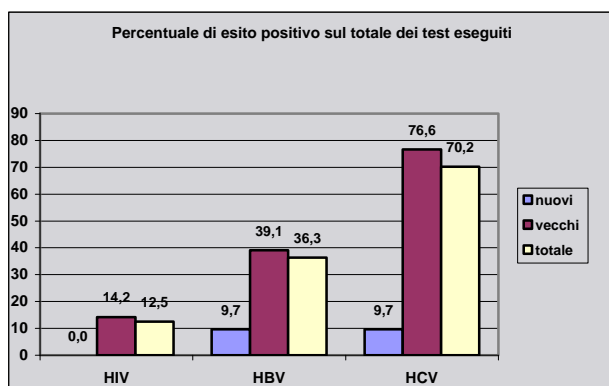
Gli utenti complessivamente sono in aumento (+11% dal 2000). Nel 2005 i nuovi utenti alcoldipendenti superano per la prima volta i nuovi tossicodipendenti; il numero complessivo dei tossicodipendenti negli ultimi cinque anni è in lieve calo (-9%), mentre si assiste al rapido incremento degli alcoldipendenti (+49%). Circa 5 soggetti ogni 1000 abitanti del territorio dell'Az. ULSS 21 hanno nel 2005 una cartella aperta presso uno dei due SERT dipartimentali.



- I dati italiani ed europei indicano un trend in aumento dei soggetti sottoposti a trattamento e il fenomeno della tossicodipendenza sembra riguardare sempre più la poliassunzione, con riduzione degli utenti con l'eroina come droga primaria ed aumento di quelli con cocaina. Non si rivolgono ai SERT i consumatori di ecstasy, quelli di benzodiazepine si sono dimezzati negli ultimi anni e quelli di cannabis (su invio soprattutto da parte della Prefettura) sono calati. La realtà del territorio dell'Azienda ULSS 21 conferma questo dato nazionale, pur discostandosi per la tendenza al calo del numero di assuntori di eroina. Il metadone e la buprenorfina (dal 2000) sono i farmaci più spesso utilizzati, quasi esclusivamente in trattamenti a medio-lungo termine.

- Le patologie infettive correlate all'utilizzo di droghe, uno degli indicatori atti a valutare i risultati delle strategie preventive, sono ancora un problema rilevante. Verso la metà degli anni Ottanta la realtà era ben diversa da oggi e si era in presenza di una gravissima epidemia che colpiva innanzitutto i tossicodipendenti locali (quasi tutti assuntori per via endovenosa e con pericolose abitudini di uso condiviso della droga): al momento della presa in carico da parte del SERT oltre il 50% aveva già contratto l'infezione da HIV e la loro aspettativa di vita era drammaticamente breve; l'epatite B era causa frequente di ricoveri, ma non preoccupava né i sanitari né i malati; l'epatite C era una malattia sconosciuta (test disponibile dal 1990). Da allora la tendenza delle principali patologie infettive correlate all'uso parenterale di droga è molto variata nel territorio dell'Az. ULSS 21: sono sempre più rari i nuovi casi di infezione da HIV e di epatite virale di tipo B (i test positivi sono un'eredità del decennio 1980-90 e dal 1990, direttamente al SERT, sono stati vaccinati contro l'epatite B circa 500 soggetti e i più giovani arrivano al SERT già vaccinati in età scolare).

q I dati del Dipartimento per le Dipendenze, relativi alla percentuale di utenti positivi ai test dell'epatite B sono diversi da quelli nazionali (nel 2005 prevalenza del 36% contro il 43% italiano del 2004). Invece l'epatite C, che ha facilità di trasmissione, tendenza a cronicizzare e non ha un vaccino specifico ancora disponibile, è rimasta oggi il problema infettivo di maggior rilievo per gli assuntori di droga, anche nel territorio dell'Az. ULSS 21, essendo stata contratta da circa il 70% dei tossicodipendenti sottoposti al test presso i SERT. Per quanto riguarda l'infezione da HIV, la percentuale di sieropositivi riscontrata sui nuovi utenti (nessun caso incidente nel 2005) è nettamente inferiore a quella italiana (4% nel 2004), quella tra i vecchi utenti (casi prevalenti) è sovrapponibile (14% vs 16% in Italia nel 2004), con un trend in costante calo tra i tossicodipendenti.



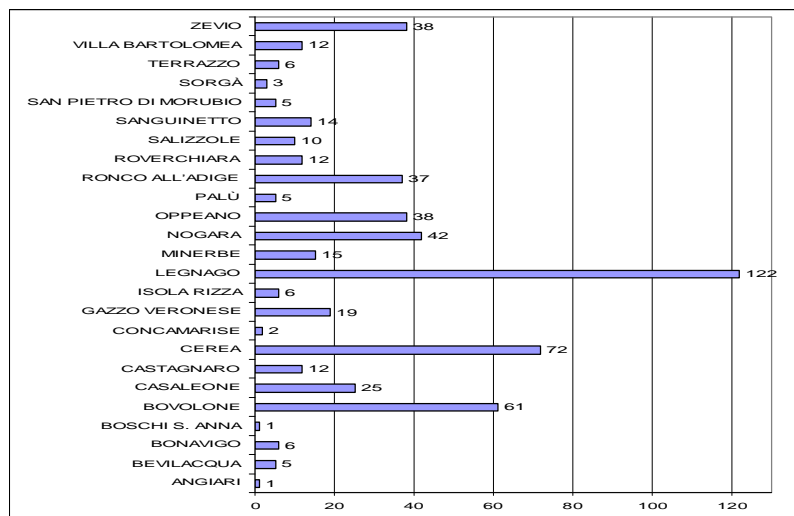
Per coniugare la necessità di garantire interventi efficaci ed allo stesso tempo mantenere sotto controllo i costi, diviene ancor più indispensabile razionalizzare al meglio le risorse già esistenti, favorendo ogni sinergia possibile e costruendo una rete di intervento che unisca tutti i servizi, le associazioni e le istituzioni sia pubbliche che private coinvolte nel problema. In quest'ottica si deve muovere il Dipartimento per le Dipendenze.

UTENZA DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE - ANNO 2005

Tossicodipendenti e alcolicodipendenti, distinzione fra nuovi utenti e già in carico e per sesso

		Legnago	Zevio	Totale
nuovi ingressi	maschi	22	34	56
	femmine	5	8	13
	totale	27	42	69
già in carico o rientrati	maschi	194	143	337
	femmine	25	16	41
	totale	219	159	378
totale	maschi	216	177	393
	femmine	30	24	54
	TOSSICODIPENDENTI	246	201	447
nuovi ingressi	maschi	36	37	73
	femmine	7	10	17
	totale	43	47	90
già in carico o rientrati	maschi	55	72	127
	femmine	17	13	30
	totale	72	85	157
totale	maschi	91	109	200
	femmine	24	23	47
	ALCOLDIPENDENTI	115	132	247
Totale Dipartimento		361	333	694

N. complessivo di utenti per comune di residenza



UTENZA DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE - ANNO 2005
Tossicodipendenti e alcolodipendenti, distinzione per comune di residenza e per droga primaria

Comune di residenza	SERT di Legnago			SERT di Zevio			Totale Dipartimento	
	TOT	TD	alcol	TOT	TD	alcol	N.	%
ANGIARI	1	1	0	0	0	0	1	0,1
BEVILACQUA	5	4	1	0	0	0	5	0,7
BONAVIGO	6	5	1	0	0	0	6	0,9
BOSCHI S. ANNA	1	0	1	0	0	0	1	0,1
BOVOLONE	6	4	2	55	40	15	61	8,8
CASALEONE	23	15	8	2	0	2	25	3,6
CASTAGNARO	11	8	3	1	0	1	12	1,7
CEREA	65	42	23	7	4	3	72	10,4
CONCAMARISE	1	0	1	1	1	0	2	0,3
GAZZO VERONESE	17	13	4	2	1	1	19	2,7
ISOLA RIZZA	1	1	0	5	4	1	6	0,9
LEGNAGO	106	67	39	16	4	12	122	17,6
MINERBE	14	10	4	1	1	0	15	2,2
NOGARA	37	30	7	5	2	3	42	6,1
OPPEANO	1	1	0	37	26	11	38	5,5
PALU	0	0	0	5	0	5	5	0,7
RONCO ALL'ADIGE	0	0	0	37	19	18	37	5,3
ROVERCHIARA	9	8	1	3	1	2	12	1,7
SALIZOLE	1	1	0	9	7	2	10	1,4
SANGUINETTO	13	6	7	1	0	1	14	2,0
SAN PIETRO DI MORUBIO	2	1	1	3	3	0	5	0,7
SORGA	3	2	1	0	0	0	3	0,4
TERRAZZO	6	5	1	0	0	0	6	0,9
VILLA BARTOLOMEA	8	3	5	4	0	4	12	1,7
ZEVIO	0	0	0	38	22	16	38	5,5
FUORI ULSS	24	19	5	101	66	35	125	18,0
TOTALE	361	246	115	333	201	132	694	100,0

L' OFFERTA DEI SERVIZI E LE RISORSE IMPIEGATE

Il Dipartimento per le Dipendenze dell' Azienda ULSS 21

Il Dipartimento per le Dipendenze, istituito dalla Azienda ULSS 21 secondo il DGR 2217 del 22.06.99, opera su tutto il territorio nei tre principali ambiti di intervento e cioè la Prevenzione, la Cura ed il Reinserimento sociale e lavorativo delle persone dedite all' uso di sostanze stupefacenti e alcool.

Esso opera attraverso le sue consolidate strutture in stretta collaborazione con le realtà del Privato sociale operanti nel territorio:

Ser.T1- Servizio Alcolologia di Zevio

SERT di Legnago

Comunità Terapeutica Diurna L' Argine di Vigo di Legnago

Il Dipartimento per le Dipendenze è un dipartimento di tipo funzionale inserito all' interno del Dipartimento Distretti dell' Azienda ULSS21.

La finalità del Dipartimento per le Dipendenze è quella di garantire il coordinamento e l' integrazione dei molteplici servizi socio-sanitari appartenenti all' Azienda ULSS e agli altri Enti o Istituzioni pubblici, del privato sociale e del volontariato che operano nell' area della dipendenza da sostanze.

Il Dipartimento per le Dipendenze dell' Az. ULSS 21 è composto dai seguenti organismi:

- Coordinatore del Dipartimento, con compito di coordinamento e di promozione, attivazione e verifica delle linee guida e dei protocolli operativi tra le diverse unità operative .
- Comitato Operativo (Nucleo Ristretto) organo di programmazione e coordinamento composto dal Coordinatore del Dipartimento, dal Direttore dei Servizi Sociali , dal Responsabile dei Ser.T. di Zevio e Legnago, e dal Responsabile della Comunità Terapeutica Diurna "L'Argine" e da un rappresentante degli Enti Ausiliari.
- Comitato Allargato (Nucleo di Consenso) al quale partecipano tutti i rappresentanti dei vari servizi socio sanitari dell' azienda ULSS, degli Enti Pubblici , del Privato Sociale e del Volontariato che operano nell' area delle dipendenze.
- Gruppi di lavoro per temi composti da operatori dei Servizi Socio Sanitari con compiti di elaborare proposte e protocolli d' intesa per temi specifici; al momento sono in funzione quattro gruppi sui temi della Prevenzione, Alcolismo, Tabagismo, Comunità Terapeutiche.

Il comportamento di dipendenza è inteso come sintomo di un disagio diffuso che trova le sue radici nelle dinamiche di sviluppo individuale, familiare e sociale. L'approfondimento e la comprensione dei reali bisogni della persona, della sua situazione specifica, della sua storia e del contesto in cui vive, caratterizzano l'approccio del servizio alla persona e i conseguenti progetti di intervento proposti.

I destinatari del servizio sono:

- tossicodipendenti, sia da sostanze stupefacenti che e farmaci;
 - Alcooldipendenti
 - tabagisti
 - altre dipendenze per le quali viene offerto ascolto e si forniscono informazioni per l' invio ad altre agenzie del territorio
- tutti i cittadini che necessitano di consulenza ed informazioni sugli eventuali disagi conseguenti all'abuso delle sostanze sopra citate;
- chiunque desideri effettuare l'esame per l'HIV in anonimato e gratuitamente;
- E possibile accedere ai servizi negli orari stabiliti telefonando oppure presentandosi direttamente; l'accesso é gratuito e, ove richiesto, viene garantito l'anonimato.

SEDI:

Ser.T di LEGNAGO - Viale Cadorna n. 3.

per i Comuni di Angiari, Bevilacqua, Bonavigo, Boschi S. Anna, Casaleone, Castagnaro, Cerea, Gazzo Veronese, Legnago, Minerbe, Nogara, Roverchiara, Sanguinetto, Sorgá, Terrazzo, Villa Bartolomea

Ser.T. di ZEVIO - Via Chiarenzi n. 2.

er i Comuni di Bovolone, Concamarise, Isola Rizza, Oppeano, Palù, Ronco all'Adige, Salizzole, S. Pietro di Morubio, Zevio

Comunita' Terapeutica Diurna "L'argine" - Vigo di Legnago – via Belfiore, 47

ATTIVITA' SERT DI LEGNAGO ANNO 2005:

OPERATORI:

L' Unità Operativa Complessa SERT di Legnago è composta da un' équipe pluriprofessionale così suddivisa:

SERT di Legnago

2 medici (di cui 1 Direttore della U.O.C.),

1 psicologo (con funzioni di Referente per la Prevenzione)

2 assistenti sociali (di cui 1 al 75%)

3 infermieri professionali (di cui 1 al 75%)

4 Educatori Professionali (di cui 1 al 70%)

Comunità Terapeutica Diurna L' Argine di Vigo di Legnago.

1 psicologo, 1 educatore al 50%

il programma educativo- assistenziale viene svolto inoltre da una Cooperativa di Servizi tramite 2 educatori e 2 Addetti all' Assistenza (per 28 ore)

AMBITO TERRITORIALE

Fanno riferimento al SERT di Legnago gli utenti provenienti dai seguenti comuni:

Angiari, Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Casaleone, Castagnaro, Cerea, Gazzo

Veronese, Legnago, Minerbe, Nogara, Roverchiara, Sanguinetto, Sorgà, Terrazzo, Villabartolomea.

FINALITA'

Il SERT affronta globalmente gli aspetti legati alla la Prevenzione, la Cura ed il Reinserimento sociale e lavorativo delle persone che presentano problematiche legate alla dipendenza da sostanze stupefacenti, alcool e farmaci .

ATTIVITA'

- interventi di prevenzione primaria ed educazione alla salute nella scuola e nel territorio
- informazione e consulenza per tossicodipendenza, alcooldipendenza e infezione da HIV
- test HIV in anonimato
- monitoraggio dello stato di salute
- vaccinazione anti epatite B
- Attuazione di Programmi Terapeutico-riabilitativi ai sensi DPR 309/90
- visite mediche ed esami di laboratorio
- certificazioni
- disintossicazioni
- trattamenti farmacologici a medio e lungo termine
- prevenzione delle ricadute
- valutazione psicodiagnostica

- psicoterapia individuale e familiare
- gruppi con genitori
- colloqui di verifica e sostegno
- visite in carcere
- inserimento in gruppi di auto aiuto
- inserimenti in Comunità Terapeutiche
- inserimento sociale e lavorativo
- ricerca
- formazione

Nel 2005 sono proseguiti per il terzo e ultimo anno i progetti inseriti nel PIANO TRIENNALE DI INTERVENTO - AREA DIPENDENZE 2003 / 2005:

“Progetto Giochi Puliti Te.R - Territorio in Rete”, per la prevenzione delle dipendenze in ambito territoriale e scolastico, la cui gestione è stata affidata alla Comunità dei Giovani di Verona;

“Progetto Integrazione lavorativa tossicodipendenti e alcolodipendenti” in collaborazione con il S.I.L.

“ Prolabor: progetto integrato di reinserimento socio-lavorativo protetto” della cooperativa sociale "Il Calabrone" in collaborazione con le Coop. "Ardea" e "SELF" per il reinserimento socio-lavorativo di tossicodipendenti o alcolisti in programma terapeutico,

"Progetto NET. Nuclei di Esperienze Territoriali. Famiglia e dipendenze" della Associazione: "Il Corallo" in collaborazione con le Associazioni "ACAT", "AGATA", "La Girandola – con noi senza fumo" destinato alla gestione di Centri di Ascolto e Consulenza per tossicodipendenti e loro familiari, persone con problemi di alcool, di tabagismo e gioco d'azzardo.

"Trattamento riabilitativo integrato della comorbilità psichiatrica" per il trattamento di tossicodipendenti affetti da gravi disturbi della personalità,

“Progetto "Gruppi e Famiglie" rivolto ai genitori o all’ intero nucleo familiare dei soggetti alcol e tossicodipendenti seguiti dal Ser.T.

PREVENZIONE

Si articola in una serie di interventi rivolti a tutta la popolazione, o a parte di essa, aventi l’obiettivo di prevenire il prodursi di situazioni di disagio e di dipendenza patologica e interventi rivolti a soggetti a rischio finalizzati alla prevenzione di comportamenti a rischio per la salute.

Si privilegiano interventi nell’ ambito della Prevenzione Primaria, indirizzandoli soprattutto nei confronti dei giovani, sia in ambito scolastico che territoriale, intervenendo nei luoghi di aggregazione e di divertimento, favorendo il protagonismo giovanile e puntando alla responsabilizzazione dell’ individuo per la propria salute e quella della comunità.

La componente informativa viene sempre inserita all’ interno di un più ampio progetto di promozione della salute. Non viene trascurato l’ intervento nei confronti degli adulti (gestori di locali, insegnanti, genitori, cittadinanza in generale).

L’attività di prevenzione e di promozione della salute è attuata in stretta collaborazione tra gli operatori del Dipartimento delle Dipendenze e gli operatori degli altri Servizi Socio-Sanitari dell’AULSS, dei Comuni, delle Agenzie Educative, del Volontariato e del Privato Sociale.

Le attività di prevenzione vengono realizzate attraverso progetti e possono essere attivate a partire da richieste provenienti da Enti pubblici come le scuole e le amministrazioni comunali da gruppi giovanili o associazioni del privato sociale.

Schematicamente le attività del Gruppo Prevenzione del SERT di Legnago per l’ anno 2005 possono essere così riassunte:

ATTIVITA' NELLE SCUOLE	
PROGETTI	- progetto "SCUTER Scuole Territorio in Rete" SCUTER Scuole medie inferiori SCUTER Scuole medie superiori - Progetto C.I.C. Centro di Informazione e Consulenza - Gruppo Interscuole - Progetto "Equilibri Instabili, percorsi all'interno dell'adolescenza"
ALTRO	- Collaborazione e partecipazione al progetto provinciale "Gli incidenti stradali nella provincia di Verona. Analisi, cause, conseguenze e prevenzione" incontri con gli studenti - Collaborazione per assemblee d'istituto studentesche - Progetto Quadro Regionale - Collaborazione con l'associazione "La Girandola con noi senza fumo"
ATTIVITA' SUL TERRITORIO	

PROGETTI	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto Giochi Puliti Te.R. - Piano triennale lotta alla droga - Incontri serali con la popolazione - Interventi con le Parrocchie
COLLABORAZIONI ATTIVATE CON ISTITUZIONI PUBBLICHE E DEL PRIVATO SOCIALE	<ul style="list-style-type: none"> - Regione Veneto - C. S. A. di Verona Ufficio Interventi Educativi - Provincia di Verona - Università di Ferrara e Padova per tirocini educatori e psicologi - Associazione "La Girandola con noi senza fumo" - ACAT - Comuni di Legnago, Sorgà, Salizzole - Parrocchie di Vigo, Casette, Villafontana <p>Nell'ambito del progetto giochi puliti Te.R.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sei amministrazioni comunali - Informagiovani di Castagnaro, Cerea, Legnago e Zevio - i gestori di due discoteche - Gruppi formali - Associazioni giovanili - Gruppi informali - 1 Autoscuola - Sert di Belluno
COLLABORAZIONE CON ALTRI SERVIZI DELL'AZ. ULSS 21	
	<ul style="list-style-type: none"> - Ufficio Educazione e Promozione della salute - Ufficio Piani e Programmi - Ufficio Formazione - Ufficio concorsi del Servizio Personale e Sviluppo Organizzativo
ATTIVITA' DI PROMOZIONE DEL SERVIZIO	
	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alla 2° conferenza regionale sull'alcol a Padova il 20 maggio - Partecipazione al Convegno Tematico Nazionale "La prevenzione nei luoghi di aggregazione giovanile" a Belluno il 12 e 13 ottobre
ALTRO	
	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto per il Centro di Documentazione

CURA

Gli utenti seguiti dal SERT di LEGNAGO nel 2005 sono stati complessivamente (tossicodipendenti + alcolisti) 361 (246 TD + 115 A) con un aumento del 5.6 % rispetto al 2004 (342)

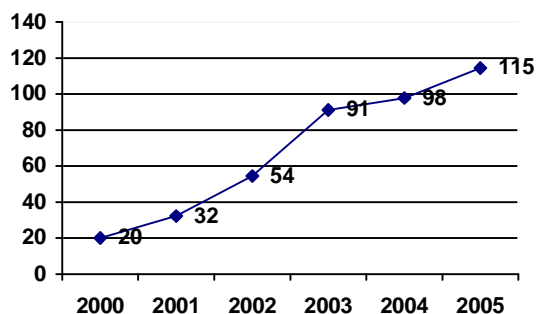
Doppia diagnosi:

Gli utenti del SERT di Legnago (tossicodipendenti e alcolisti) seguiti all' interno del Protocollo operativo fra il Dipartimento delle Dipendenze e il Dipartimento di Psichiatria per l' intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica sono stati 18.

Alcool:

Nel 2005 è continuata la tendenza all' aumento dell'attività nei confronti di persone con problemi alcolcorrelati (v. grafico). Le risorse in termini di operatori dedicati a tale problema sono rimaste immutate

SERT DI LEGNAGO: ALCOLISTI IN CARICO



Sono stati seguiti complessivamente 115 alcolisti (+ 17.3 % rispetto al 2004), di cui 91 maschi e 24 femmine.

I nuovi utenti sono stati 43 (29 nel 2004) , 36 maschi e 7 femmine, rivoltisi al SERT spontaneamente, accompagnati da familiari o inviati dalla Commissione Medica Provinciale per la patente.

Numerose sono state le consulenze effettuate in vari reparti ospedalieri.

Nove programmi hanno avuto una fase di Comunità Terapeutica Residenziale.

E' proseguita come sempre con grande profitto la collaborazione con le associazioni territoriali (Club Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi).

Tossicodipendenza:

Il N° totale di tossicodipendenti presi incarico nel corso dell' anno è stato 246 (2004=242); 216 maschi e 30 femmine.

I nuovi utenti sono stati 27 (22 M e 5 F)

L' età è compresa fra i 16 e i 54 anni.

Per la prima volta la fascia d' età più rappresentata è stata quella degli over 39 (64 soggetti) . A conferma di un continuo complessivo invecchiamento dell' utenza, gli ultra trentenni, 172, sono infatti in continuo aumentato e rappresentano oggi il 70% dell' intera utenza, anche se di fatto si conferma l' esistenza di due fasce piuttosto eterogenee, una numericamente inferiore ma fortemente problematica, costituita da utenti giovani o giovanissimi, spesso poliassuntori, ed una più numerosa e con problematiche diverse ma altrettanto "pesanti", di tipo sia sanitario che sociale, costituita da utenti molto più vecchi con lunga storia tossicomana.

La sostanza d' abuso primaria è ancora di gran lunga l' eroina, seguita dai cannabinoidi; in continuo aumento la cocaina sia come sostanza primaria che secondaria.

Il N° di trattamenti farmacologici stabilizzati è salito a 142; il costante aumento negli anni è legato in gran parte alla progressiva "cronicizzazione" dell' utenza.

Il N° trattamenti di tipo solo psico-sociale e/o riabilitativo è di 214.

Il numero di tossicodipendenti che hanno svolto un programma presso le Comunità terapeutiche private è stato di 42 con pieno rispetto del budget regionale assegnato per gli inserimenti residenziali o semiresidenziali (718.000.000 euro).

Gli utenti seguiti presso le strutture carcerarie per la predisposizione di programmi terapeutici alternativi al carcere sono stati 12.

E' proseguita la buona collaborazione con le Prefetture di Verona e di altre province per i programmi terapeutici alternativi alle sanzioni amministrative.

Le segnalazioni hanno riguardato complessivamente 69 soggetti di cui 58 43 per art. 75 (2004=43) e 11 per art. 121) .

I programmi terapeutico-riabilitativi già avviati a seguito di tali segnalazioni sono stati 20.

Nell' ambito delle patologie infettive associate alla tossicodipendenza è stato eseguito il monitoraggio costante della situazione di salute su gran parte degli utenti del SERT con vaccinazione anti epatite B sui soggetti ancora esposti a rischio; con la vaccinazione obbligatoria di tutti i giovani è ormai sempre più esiguo il numero dei soggetti non immuni.

Il SERT, in qualità di Centro di Afferenza del Sistema di Sorveglianza Regionale AIDS, ha eseguito lo screening HIV su N° 116 persone (102 nel 2004).

Fra i tossicodipendenti :

i sieropositivi per HIV sono 21,

i positivi per epatite C 131,

i positivi per epatite B (guariti o portatori) 70, i vaccinati 94

Inserimento Socio-Lavorativo

E' proseguito all' interno del Piano Triennale di intervento - Area dipendenze 2003 – 2005 il Progetto integrazione Lavorativa Tossicodipendenti e Alcolodipendenti, del Dipartimento per le Dipendenze che vede coinvolti operatori di:

SERT di Legnago , CTD L' Argine , SERT di Zevio, SIL

L' attività ha riguardato:

- N° 9 riunioni della Commissione Inserimento Lavorativo nel corso delle quali sono state valutate le richieste di inserimento lavorativo portate dai singoli servizi (20 sono stati i casi segnalati alla commissione in totale) e sono state definite per ogni caso le strategie d' intervento.

- N° 20 inserimenti lavorativi di cui: 15 tirocini formativi 4 inserimenti sociali il costo complessivo degli inserimenti è stato di 16.609 euro

- Rapporti con le aziende: oltre a curare i rapporti già avviati con le Aziende o Cooperative che collaborano o hanno collaborato per gli inserimenti lavorativi, il progetto è stato presentato presso altre Aziende in vista di future possibili collaborazioni
- Partecipazione al convegno organizzato a Villabartolomea dal consorzio CIM e FORM e finanziato dal Fondo Sociale Europeo avente come tema: “ le opportunità formative e professionali nel settore edilizio; quali percorsi per le persone svantaggiate? ” .

ATTIVITA' CTD L' ARGINE

Durante l'anno 2005 sono stati seguiti 32 soggetti (25 provenienti dal SERT di Legnago e 7 da quello di Zevio) per un totale di 3635 giornate di presenza.

I genitori che hanno partecipato al gruppo di supporto che si tiene con cadenza settimanale presso la comunità sono stati 37 .

Dal punto di vista delle attività, la struttura ha proseguito nei progetti già avviati nel 2004 ed ha sperimentato anche una attività di equitazione (Progetto “una dose da cavallo” in collaborazione con l'Associazione Genitori AGATA e il Circolo Ippico Tre Rondini, iniziativa molto positiva che si è pensato di ripetere anche nel 2006.

Sono proseguiti i rapporti di collaborazione con la cooperativa Ardea per i programmi integrati e per il reinserimento lavorativo.

Dal punto di vista della tipologia dei problemi sono aumentati i casi di Doppia diagnosi (5) e di poliabuso.

Le famiglie sono un elemento decisivo per il contenimento dei figli durante l' orario port-comunitario , ma soprattutto per l' aiuto di cui hanno bisogno.

Si è cercato di ampliare i contatti con il territorio attraverso l' organizzazione di momenti ricreativi e attività formative.

Va rilevato che durante l' anno vi è stato un ricambio quasi completo degli operatori con una riduzione di 36 ore del monte ore della Comunità.

Si auspica che tale diminuzione venga al più presto coperta.

ATTIVITA' SERT DI ZEVIO ANNO 2005:

ORGANIZZAZIONE (STRUTTURE, EQUIPE, ATTIVITA')

Il SERT 1 c/o Ospedale di Zevio affronta gli aspetti preventivi, curativi, di riabilitazione e di reinserimento sociale delle persone che presentano problematiche legate alla dipendenza da droghe, alcol, tabacco e farmaci e attua programmi di educazione alla salute e prevenzione.

Il SERT 1 è costituito da:

- § Servizio Tossicodipendenze
- § Servizio Alcologia
- § Sezione di Screening HIV
- § Ambulatorio per smettere di fumare

Le strutture del SERT 1 sono:

- § Ambulatorio SERT
- § Centro Diurno (Day Hospital)
- § Ambulatorio per smettere di fumare

Nel SERT 1 opera un'equipe pluriprofessionale:

- n. 1 Responsabile – Direttore (tempo pieno)
- n. 1 Medico (tempo pieno)
- n. 1 Psicologo (20 ore settimanali)
- n. 2 Assistenti Sociali (n. 1 a tempo pieno, n.1 a 25 ore)
- n. 2 Educatori Professionali (n. 2 a tempo pieno)
- n. 3 Infermieri Professionali (n. 3 a tempo pieno)

Inoltre sono presenti operatori a contratto di collaborazione:

- n. 1 Medico (30 ore)
- n. 1 Psicologo (24 ore)

I Servizi offerti dal SERT 1 sono:

- v Prevenzione:
- Informazioni e consulenze per tossicodipendenza, alcolodipendenza ed infezione da HIV

- Test HIV in anonimato
- Vaccinazioni antiepatite B
- Coordinamento con Servizi Socio-Sanitari, Istituzioni ed Agenzie del Territorio
- Promozione ed educazione alla salute nella scuola e nel territorio.
- v Cura e Riabilitazione:
 - Visite mediche
 - Esami di laboratorio
 - Disintossicazioni e Trattamenti di Prevenzione delle Ricadute
 - Valutazione di intake (anamnesi familiare e sociale)
 - Valutazione psicodiagnostica
 - Colloqui di sostegno
 - Percorsi educativi in gruppo
 - Psicoterapie individuali e familiari
 - Gruppi con genitori e familiari
 - Educazione alla salute
 - Gestione e Coordinamento dei Programmi Terapeutici e Riabilitativi in CTR e CTD
 - Gestione e Coordinamento dei Programmi Prefettura (Art. 75 e Art. 121 DPR 309/90)
 - Programmi di reinserimento
 - Programmi Trattamentali alternativi alla detenzione (affidamento in prova, detenzione domiciliare, arresti domiciliari, ...)
 - Assistenza e Counselling in carcere
 - Inserimenti lavorativi
 - Inserimento in Gruppi di Auto-Aiuto
 - Coordinamento con Servizi Socio-Sanitari, Istituzioni ed Agenzie del territorio.

Le altre attività del Servizio sono: attività amministrative di segreteria, rilevazione epidemiologica, controllo di gestione (budget CTR e CTD), formazione, ricerca di base, gestione progetti d'intervento e ricerca.

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE EFFETTUATA NELL'ANNO 2005

Progetto PreveDi (Progetto di prevenzione delle dipendenze rivolto agli alunni delle classi seconde e terze medie)

L'attività di prevenzione descritta di seguito si riferisce all'anno scolastico 2004-2005

Metodo : Educazione tra pari di età (Peer Education).

Peer Education indica educazione tra pari di età o tra persone che appartengono al medesimo gruppo, i quali instaurano un rapporto di educazione reciproca.

L'educazione tra pari è un metodo in base al quale un piccolo gruppo di pari, numericamente inferiore nell'ambito del gruppo di appartenenza, opera attivamente per informare ed influenzare il resto, numericamente maggioritario di quel gruppo.

I giovani che vengono informati su tematiche specifiche, e formati ad agire quali educatori tra pari, divengono "esperti" in quegli argomenti nei confronti dei loro pari e quindi agiscono quali facilitatori del cambiamento.

Nell'ambito del progetto PreveDi gli educatori tra pari, dopo una formazione fatta con gli educatori del SERT hanno lavorato con i compagni sulle tematiche inerenti le dipendenze.

Obiettivi

Acquisire maggiori strumenti di informazione

Rafforzare la capacità di affrontare situazioni a rischio

Favorire lo sviluppo di comportamenti di mutuo aiuto nella classe

Attività svolte

Il progetto ha visto il coinvolgimento di 10 insegnanti con la funzione di tutor del progetto, 18 alunni delle classi terze e 15 alunni delle classi seconde, con il ruolo di Educatori tra Pari.

Hanno partecipato alle attività 112 studenti delle classi seconde, 114 studenti delle classi terze.

1. Insegnanti:

Sono stati realizzati 12 incontri di programmazione e verifica con i docenti tutor

2. Educatori tra pari

I ragazzi di terza, che hanno accettato di svolgere il ruolo di educatori tra pari, hanno partecipato a 7 incontri di formazione e verifica (complessivamente 30 ore).

I ragazzi di seconda, che hanno accettato di svolgere il ruolo di educatori tra pari, hanno partecipato a 4 incontri di formazione e verifica (complessivamente 6 ore).

Nelle singole classi sono stati organizzati 12 incontri di presentazione, approfondimento di tematiche e verifiche finali dell'intervento (complessivamente 25 ore)

Hanno inoltre lavorato autonomamente e con le classi di appartenenza per un numero di ore variabili (10-15)

Coordinamento

Il Coordinamento del Progetto preveDi è stato realizzato dai due educatori del SERT.

	n. classi	n. alunni	n. EtP	n. gruppi	n. incontri per classe	n. ore classi	n. insegnanti referenti di classe
2 ^a media	5	112	15	1	9	23	5
3 ^a media	5	114	17	2	14	43	5
Totale	10	226	32	3	23	66	10

ATTIVITA' DI CURA E RIABILITAZIONE

TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO (T.R.I.)

Gli obiettivi del Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.) sono:

- la riabilitazione psicosociale
- il trattamento psicosociale del nucleo familiare o "sostitutivo"
- il reinserimento nella comunità sociale (benessere fisico, psichico, relazionale e sociale)

Il T.R.I. è coordinato con i medici di medicina generale, i Servizi socio sanitari territoriali, le Strutture Ospedaliere, i Gruppi di auto aiuto e le Associazioni di volontariato sociale, le Comunità Terapeutiche Diurne e Residenziali.

Per situazioni multiproblematiche il T.R.I. è attuato con la collaborazione degli Organi Giudiziari, dei Servizi Socio-Sanitari Territoriali (Consultorio Familiare, SIL, Dipartimento di Psichiatria, ...) e dei Servizi Sociali dei Comuni.

Il T.R.I. è attuato anche in collaborazione con professionisti privati per interventi di psicoterapia specifica.

Il T.R.I. prevede l'utilizzo di farmaci specifici, di supporto psicologico, di assistenza sociale e medica, in quanto le tossicomanie provocano disturbi fisici, psicologici e relazionali che si riflettono nell'individuo, nel nucleo familiare e nel sistema sociale.

Il Trattamento Riabilitativo Integrato prevede specifiche procedure per ogni fase del programma, le procedure sono gestite dagli operatori dell'Equipe Pluriprofessionale:

I Pre Accoglienza: Primo contatto telefonico con il paziente o il familiare o l'agenzia inviante; informazione sui servizi offerti dal Servizio e dell'accoglienza

II Accoglienza: Valutazione multidimensionale della situazione problematica (medica, tossicologica, psicologica, sociale, ...)

III Trattamento: Trattamento Riabilitativo Integrato ambulatoriale e territoriale, gestito dal Servizio in collaborazione e coordinamento con i Servizi Socio-Sanitari, Gruppi di Auto Aiuto, Associazioni di Volontariato, Medici di Medicina Generale e i Consulenti Professionisti

IV Follow Up: Verifica in itinere durante il programma intensivo del Trattamento Riabilitativo Integrato e periodica durante gli interventi territoriali attivati (ogni 3 o 6 mesi)

V Fine Programma: Da definire a cura dell'équipe pluriprofessionale con la partecipazione del paziente e della famiglia ed in coordinamento con i referenti delle agenzie territoriali attivate nel Programma di Riabilitazione e Reinserimento

DATI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ DI CURA E RIABILITAZIONE EFFETTUATA NELL'ANNO 2005

Tossicodipendenti

Il SERT di Zevio è attivo dal 1980. A partire dal 1974 le persone con problemi di tossicodipendenza venivano trattate dall'Ambulatorio per le Tossicodipendenze. Al 31.12.2005 risultano aperte 2048 cartelle

di utenti con problematiche di abuso di sostanze psicoattive (escluso l'alcol). Oltre 4 utenti su 5 sono di sesso maschile. Dal 1974 al 2005 gli utenti che si sono rivolti al SERT di Zevio sono stati in totale 2048, di cui 1708 maschi (83,4%) e 340 femmine (16,6%) (Tabella 1).

I nuovi utenti, che si sono cioè rivolti per la prima volta al SERT nel 2005, sono 42 (20,9% del totale annuo), 34 maschi (81%) e 8 femmine (19%). L'età media è di 27,4 anni (15-53).

Rispetto alla provenienza, i nuovi utenti sono così suddivisi: 21 (50%) provengono dai comuni territorio di competenza del SERT 1, mentre 15 (35,7%) provengono da altre Az. ULSS; i rimanenti 6 utenti (14,3%) provengono da altri comuni dell'Az. ULSS 21.

Alcolodipendenti

Il Servizio di Alcologia del SERT presso l'Ospedale di Zevio (VR) è attivo dal 1983. Dal 1983 al 31.12.2005 gli utenti che si sono rivolti al Servizio di Alcologia di Zevio sono stati 1176, di cui 973 maschi (82,7%) e 203 femmine (17,3%) (Tabella 1).

I nuovi utenti, che si sono cioè rivolti per la prima volta al Servizio di Alcologia nel 2005, sono 47 (36,5% del totale), 37 maschi (79%) e 10 femmine (21%). L'età media dei nuovi alcolodipendenti è di 47,8 anni. Rispetto alla provenienza, i nuovi utenti sono così suddivisi: 22 (46,8%) provengono dai Comuni del SERT1, mentre 12 (25,5%) provengono da altre Az. ULSS; i rimanenti 13 utenti (27,7%) provengono dagli altri Comuni dell'Az. ULSS 21.

Ambulatorio per smettere di fumare

Da marzo 2005 è attivo un Ambulatorio per il trattamento della Dipendenza da Nicotina e per la prevenzione delle ricadute presso l'Ospedale "Chiarenzi" di Zevio (Verona).

I destinatari dell'ambulatorio sono fumatori con richiesta autonoma oppure inviati dai medici, preoccupati di non riuscire a smettere da soli e/o con più tentativi di smettere di fumare in passato, con patologie causate o aggravate dal fumo. Sono inoltre previste consulenze a fumatori sui fattori di rischio e consulenze a familiari di fumatori.

Vengono effettuati trattamenti integrati che coinvolgono diverse figure professionali (medico, infermiere professionale, educatore professionale) e che comprendono una valutazione iniziale, interventi individuali personalizzati, terapia farmacologica convenzionale, terapia di gruppo, terapia non convenzionale (agopuntura auricolare).

L'attività ambulatoriale è strutturata in una fase di accoglienza, che prevede un incontro informativo e di valutazione, una fase di trattamento con accessi settimanali per la durata di 2-3 mesi, una fase di monitoraggio con controlli ambulatoriali periodici fino a due anni dall'inizio del trattamento.

L'ambulatorio si trova all'interno dell'Ospedale ed è attualmente operativo il mercoledì dalle ore 9 alle 13. L'accesso avviene tramite prenotazione al numero telefonico 045 6068221 (dalle 8 alle 13, dal lunedì al venerdì).

È previsto il pagamento di un ticket (spesa complessiva massima di circa 70 Euro per l'intero ciclo di visite e per l'agopuntura auricolare).

PROGETTI FONDO REGIONALE LOTTA ALLA DROGA ATTUATI NEL 2005 PRESSO IL SERT 1
Il Piano Triennale di Intervento - Area Dipendenze dell'Az. ULSS 21 (2003 - 2004 - 2005) ha previsto l'attivazione di quattro progetti specifici:

1. Trattamento Riabilitativo Integrato di Prevenzione della Ricaduta,
2. Trattamento Riabilitativo Integrato della Comorbilità Psichiatrica,
3. Progetto Genitori - Progetto Famiglie,
4. Progetto Integrazione Lavorativa Tossicodipendenti e Alcolodipendenti.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO DI PREVENZIONE DELLA RICADUTA

Programma Intensivo di Detossificazione e Programma a medio-lungo termine di Prevenzione delle Ricadute

Gli obiettivi generali del progetto sono:

v Gestire una Struttura Specializzata per l'interruzione dell'uso delle sostanze psicoattive (detossificazione rapida) e per il trattamento di prevenzione delle ricadute mediante un programma terapeutico-riabilitativo integrato a medio-lungo termine (socio-riabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico);

v Attuare un protocollo clinico sperimentale per la valutazione della detossificazione rapida e del trattamento riabilitativo integrato di prevenzione delle ricadute.

Gli indicatori di valutazione sono: · Output:

n. casi in carico, n. programmi di assistenza, n. prestazioni di assistenza. · Outcome:

n. disintossicazioni, n. prevenzione ricadute, n. esito positivo, n. esito negativo, n. drop out, n. astinenza completa, n. uso occasionale, n. ricadute. L'utenza media che annualmente è gestita dal progetto è tra 30 e 35 pazienti, nel triennio 2003-2005, l'utenza totale è stata di 56 pazienti.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO DELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA

Gli obiettivi generali del progetto sono:

v Gestire una Struttura per il trattamento dei tossicodipendenti affetti da gravi disturbi della personalità e per la prevenzione delle ricadute mediante un programma terapeutico-riabilitativo integrato a medio-lungo termine (socio-riabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico);

v Attuare un protocollo clinico per la valutazione del trattamento riabilitativo integrato per la comorbilità psicopatologica (psichiatrica e di personalità) e di prevenzione delle ricadute.

Gli indicatori di valutazione sono: · Output:

n. casi in carico, n. programmi di assistenza, n. prestazioni di assistenza. · Outcome:

n. prevenzione ricadute: n. esito positivo, n. esito negativo, n. drop out, n. astinenza completa, n. uso occasionale, n. ricadute, n. miglioramento patologia psichiatrica, n. nessun cambiamento patologia psichiatrica, n. peggioramento patologia psichiatrica. L'utenza media che annualmente è gestita dal progetto è tra 30 e 35 pazienti, nel triennio 2003-2005, l'utenza totale è stata di 62 pazienti.

PROGETTO GENITORI - PROGETTO FAMIGLIE

Dall'anno 2001 è stato attivato anche presso il SERT 1 di Zevio il Progetto Genitori di Tossicodipendenti, che ha come Capofila il SERT 2 di Legnago

Gli obiettivi generali del progetto sono:

v Gestire una Struttura per la gestione di un programma per genitori di tossicodipendenti e per il trattamento di famiglie;

v Attuare un protocollo di valutazione dell'andamento dei trattamenti psicologici di prevenzione della ricaduta.

Gli indicatori di valutazione sono: · Output:

n. casi in carico, n. gruppi attuati, n. prestazioni di assistenza. · Outcome:

n. compliance al programma, n. miglioramenti relazioni familiari, n. nessun cambiamento relazioni familiari, n. peggioramento relazioni familiari.

L'utenza media che annualmente è gestita dal progetto è tra 20-25 genitori e famiglie, nel triennio 2003-2005 l'utenza totale è stata di 22 genitori e famiglie.

PROGETTO INTEGRAZIONE LAVORATIVA TOSSICODIPENDENTI E ALCOLDIPENDENTI

Gli obiettivi generali del progetto sono:

v Apprendimento di abilità lavorative specifiche da parte di soggetti tossicodipendenti e/o alcolodipendenti in programma terapeutico in fase riabilitativa;

v Accrescimento delle capacità contrattuali nel mondo del lavoro;

v Inserimento socio-lavorativo di soggetti con situazione socio-sanitaria precaria;

v Integrazione occupazionale per soggetti in trattamento riabilitativo.

Gli indicatori di valutazione sono: · Output:

n. tirocini formativi presso cooperative sociali o aziende, n. incentivi all'azienda, n. inserimenti socio-lavorativi, n. integrazioni occupazionali · Outcome:

n. acquisizione abilità lavorative specifiche, n. assunzioni in azienda, n. inserimenti lavorativi di tipo protetto, n. integrazioni occupazionali.

L'utenza media che annualmente è gestita dal progetto è tra 5 e 10 pazienti (nel 2005 sono stati attivati 6 Tirocini Formativi, 1 inserimento Sociale).

Nel triennio 2003-2005 sono stati attivati 12 Tirocini formativi e 3 Inserimenti sociali per un totale di 15 soggetti Alcolodipendente e Tossicodipendenti

PROTOCOLLO OPERATIVO TRA IL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE E IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE PER L' INTERVENTO CONGIUNTO IN CASO DI PAZIENTI CON DOPPIA DIAGNOSI PSICHIATRICA

Introduzione

Il termine di doppia diagnosi viene adottato per due tipologie di pazienti in trattamento presso i Servizi Sanitari Pubblici e presso le Strutture Riabilitative del Privato Sociale:

- tossicodipendenti e alcolodipendenti con disturbi psichiatrici primari e/o secondari (indotti dall'uso delle sostanze psicoattive) attuali o lifetime;
- pazienti con disturbi psichiatrici che presentano disturbi da uso di sostanze psicoattive attuali o lifetime.

Il termine doppia diagnosi viene adottato in specifico per indicare condizioni di pazienti che manifestino contestualmente disturbi da uso di sostanze psicoattive e disturbi psichiatrici complessi e di una certa gravità, infatti la semplice coesistenza dei due disturbi non necessariamente può rappresentare un bisogno di doppia presa in carico ed assistenza (DGR 3745 5/12/03).

Nella letteratura scientifica internazionale e nazionale sono descritte modalità organizzative, protocolli d'intesa interservizi e linee guida per il trattamento a breve termine e per la riabilitazione a medio-lungo termine con programmi ambulatoriali, territoriali, semiresidenziali e residenziali, definiti in relazione ai bisogni specifici dei pazienti e delle loro famiglie (Milesi et al. 2003).

Per questi casi complessi il modello di trattamento integrato risulta il più efficiente e efficace. La presa in carico di questi casi complessi di doppia diagnosi viene effettuata da un'équipe specializzata del Ser.T e del Dipartimento di Salute Mentale, competente nel trattamento dei due disturbi: psichiatrico e da uso di sostanze psicoattive. In questo modo il paziente e la sua famiglia ricevono una spiegazione coerente del disturbo e un trattamento terapeutico adeguato invece di un insieme contraddittorio di messaggi da parte di due équipe curanti diverse. Il modello integrato, inoltre, permette di ridurre i conflitti tra i curanti e di eliminare le difficoltà dei pazienti e delle loro famiglie di seguire due programmi terapeutici diversi (DGR 3745 5/12/03).

L'adeguatezza di un modello di trattamento riabilitativo per ogni singolo paziente è condizionato dalle diverse associazioni dei disturbi in comorbidità, dalla gravità dei sintomi psicopatologici e dalla compromissione psichica e sociale e dei disturbi da uso di sostanze (Ries 1993, Mercer et al. 1998, Drake et al. 1998, Marenmani et al. 2001/2003).

Il modello di trattamento sequenziale è più adatto per pazienti con disturbi psichiatrici che non compromettono eccessivamente lo stato mentale o per pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive moderati o lievi. E' sconsigliato per pazienti gravi con disturbi psicotici, anche se trattati, in quanto le difficoltà cognitive, di comunicazione, di comportamento e di relazione ostacolano l'inserimento in programmi riabilitativi tradizionali.

Il modello di trattamento parallelo è più appropriato per pazienti con un disturbo più grave ed un disturbo concomitante più attenuato (moderato o lieve) e per pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive o psicotici o dell'umore compensati, cioè nella gestione a lungo termine di pazienti non acuti.

Il modello di trattamento di trattamento integrato con équipe esperta nei due disturbi è adatto per pazienti con forme acute o subacute di disturbi psichiatrici maggiori e con disturbi da uso di sostanze psicoattive non stabilizzati. Può anche essere attuato per stabilizzare sintomi psichiatrici nei pazienti cronici in trattamento con farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina, ghb).

E' necessario utilizzare la tecnica del management del caso per la gestione continuativa dei pazienti e l'integrazione di tecniche terapeutiche, farmacologiche, psicologiche e socio-riabilitative.

1) Modi dell'accertamento diagnostico e collaborazione tra i Servizi Servizio che effettua la consulenza
Il SER.T effettua la consulenza per pazienti, conosciuti o nuovi, ambulatoriali o in regime di ricovero, inviati dal Servizio di Salute Mentale, Centro di Salute Mentale e ambulatori coordinandosi con il referente dello stesso.

Il Servizio di Salute Mentale effettua la consulenza su pazienti nuovi o già conosciuti, inviati dal SERT.

Servizio che effettua la Diagnosi

A) Il SER.T definisce la diagnosi e la gravità del disturbo da uso di sostanze psicoattive e formula la diagnosi provvisoria di comorbidità psichiatrica.

Lo psichiatra del Servizio di Salute Mentale, referente per Territorio conferma la diagnosi psichiatrica.

Nella definizione della diagnosi psichiatrica e del disturbo da uso di sostanze psicoattive, della gravità e della prevalenza dei disturbi ci si avvale di:

figure professionali

- Medico SERT (diagnosi di dipendenza e ipotesi diagnosi psichiatrica)
- Psichiatra (diagnosi psichiatrica)
- Psicologo (diagnosi psicologica, psicopatologica e psicodinamica) procedure operative
- Intervista clinica e psichiatrica (anamnesi familiare e personale patologica, remota e prossima),
- Valutazione clinica secondo i criteri diagnostici del DSM IV (per disturbi di asse I e asse II) per diagnosi attuale e lifetime,
- Definizione della gravità clinica secondo i criteri diagnostici del DSM IV (asse V con VGF),
- Definizione del disturbo prevalente tra il disturbo da uso di sostanze psicoattive e il disturbo psichiatrico,

strumenti:

- per la dipendenza (colloquio clinico, visita medica, dosaggio dei metabolici urinari, esame psichico, ASI, VGF, CGI, Astinenza Wang, CIWA-AR, Craving VAS,...)
- per la psicopatologia (colloquio clinico, esame psichico, SCL-90 R e SCID).

B) Il Servizio di Salute Mentale (Centro di Salute Mentale o Sedi Ambulatoriali o del Servizio di Diagnosi e Cura) effettua la diagnosi psichiatrica e la diagnosi provvisoria di dipendenza che viene confermata dal medico del SER.T. Viene definita la diagnosi e la gravità del disturbo psichiatrico e del disturbo da uso di sostanze psicoattive in comorbidità. Nella definizione della diagnosi psichiatrica e del disturbo da uso di sostanze psicoattive, della gravità e della prevalenza dei disturbi ci si avvale di:

figure professionali

- Psichiatra (diagnosi psichiatrica)

procedure operative:

- Intervista clinica e psichiatrica (anamnesi familiare e personale patologica, remota e prossima),
- Valutazione clinica secondo i criteri diagnostici del DSM IV (per disturbi di asse I e asse II) per diagnosi attuale e lifetime.
- Definizione della gravità clinica secondo i criteri diagnostici del DSM IV (asse V con VGF),
- Definizione del disturbo prevalente tra il disturbo da uso di sostanze psicoattive e il disturbo psichiatrico

strumenti:

- per la dipendenza (colloquio clinico, visita medica, dosaggio dei metabolici urinari, esame psichico, ASI, VGF, CGI, Astinenza Wang, CIWA-AR, Craving VAS,...)
- per la psicopatologia (colloquio clinico, esame psichico, SCL-90 R e SCID o altre scale standardizzate riconosciute).

La valutazione diagnostica iniziale serve come rappresentazione di base del comportamento patologico e verrà verificata successivamente durante il percorso terapeutico assistenziale mediante il giudizio clinico e misurazioni specifiche per valutare l'andamento e l'esito del trattamento ai tempi prestabiliti da uno schema di assessment diagnostico e di valutazione (follow-up).

2) Tempi e modalità di definizione dei programmi terapeutici

Modalità di definizione del Programma Terapeutico

La definizione della diagnosi, della gravità e della prevalenza dei due disturbi viene effettuata in una riunione interservizi da parte dei referenti del SER.T e del Dipartimento di Salute Mentale che costituiscono una "micro équipe" di lavoro sul caso. In tale riunione verranno inoltre definiti, in funzione della prevalenza (peso della gravità delle due diagnosi, storia clinica precedente, precedenti ricoveri e trattamenti,...) il Servizio referente, l'operatore che funzionerà da case manager e l'eventuale piano terapeutico con psicofarmaci atipici attualmente di competenza dello psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale.

Tempi del Programma Terapeutico

Il Programma terapeutico può essere a breve-medio o lungo termine con intensità assistenziale bassa, media o alta da parte del Servizio referente e con la collaborazione del Servizio consulente.

3) Modalità di gestione dell'urgenza

Ricoveri ordinari

I ricoveri ordinari presso il Servizio di Diagnosi e Cura passano attraverso la programmazione dell'ambulatorio territoriale con una decisione condivisa tra lo psichiatra referente del Dipartimento di Salute Mentale e del SER.T.

Il ricovero è previsto per disturbi psichiatrici importanti (disturbo psicotico indotto da sostanze, disturbo psicotico e delirante, pericolo di suicidio.).

Il ricovero per disintossicazione o per altre indicazioni, acute e non, deve essere previsto in altra Unità Operativa; è opportuno prevedere a tale scopo protocolli operativi per le Unità Operative Ospedaliere (Neurologia, Pronto Soccorso, Medicina,...).

Ricovero per urgenza

Il ricovero per urgenza è previsto in situazioni normali o di TSO

4) Modalità per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi residenziali Il Programma Residenziale viene pianificato in una riunione di équipe interservizi da parte dei referenti dei due Servizi ("micro équipe" territoriale).

Il Servizio referente cura la procedura amministrativa e la stesura del piano terapeutico per l'inserimento, in accordo con la Comunità Terapeutica Residenziale, con assunzione della retta che sarà in funzione della patologia prevalente e della gravità del disturbo:

- tossicodipendenti e alcolodipendenti psichiatrici, da inserire in Comunità Terapeutiche per doppia diagnosi con budget previsto dal fondo regionale dipendenze e dal Fondo Aziendale del Dipartimento di Salute Mentale . La percentuale di competenza della retta sarà da definire caso per caso in funzione della prevalenza o peso del disturbo.

- pazienti psichiatrici con disturbo da uso di sostanze psicoattive da inserire in CTRP (Servizio di Salute Mentale)

- tossicodipendenti e alcolodipendenti con comorbidità psichiatrica lieve o media, sono a carico del SERT
L'équipe definisce modi e tempi del programma riabilitativo.

5) Modalità di presa in carico e di verifica dei programmi terapeutici per pazienti residenti in strutture residenziali e semiresidenziali

La presa in carico e la valutazione periodica (follow up semestrale) viene effettuata dal Servizio referente mediante le procedure e gli strumenti previsti per l'assessment di diagnosi e valutazione.

6) Vie di accesso facilitate

La modalità di accesso per i Servizi Territoriali è contrattata direttamente dai referenti coinvolti con modalità diversa per i pazienti di nuovo ingresso o in trattamento

7) Livelli di responsabilità all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze e di Salute Mentale

La responsabilità della consulenza specialistica e della verifica del Progetto Terapeutico-riabilitativo è del dirigente responsabile del caso.

La responsabilità della valutazione diagnostica principale e del Progetto Terapeutico-riabilitativo è del Servizio principalmente coinvolto nella "presa in carico" del paziente.

Verifica

La verifica circa lo stato di attuazione del presente protocollo operativo compete al Gruppo di Lavoro Interdipartimentale già attivato per la stesura dello stesso ; in questo ambito viene attivato un sistema di monitoraggio della qualità del protocollo operativo e della gestione dei casi in doppia diagnosi (casi esaminati in consulenza, casi presi in carico in modo congiunto e progetti condivisi).

PIANO TRIENNALE DI INTERVENTO - AREA DIPENDENZE 2006 – 08

Nel mese di settembre 2006 è stato approvato dalla Regione Veneto e subito avviato il nuovo Piano Triennale di intervento 2006-2008 - Area Dipendenze. Il Piano, che interessa tutto il territorio dell'ULSS 21, è stato elaborato collegialmente dall'Azienda ULSS 21 e dall'esecutivo della Conferenza dei Sindaci con la Direzione dei Servizi Sociali e il supporto tecnico del personale del Ser.T. e degli organismi del Privato Sociale.

Esso nasce dall'analisi dei bisogni del territorio e si articola in quattro progetti rivolti alle tre Aree Prioritarie di intervento indicate dalla Regione Veneto:

- prevenzione selettiva (gruppi a rischio)
- trattamento cocainomani e dipendenze da altre sostanze sintetiche
- reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e/o alcolodipendenti.

Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga
 PIANO TRIENNALE DI INTERVENTO - AREA DIPENDENZE
 Ambito territoriale U.L.S.S. n. 21
 SCHEDA GENERALE ALLEGATO "A"

Responsabile del Piano cognome e nome: DOTT. CASTAGNINI MARIO
 qualifica: DIRETTORE SERVIZI SOCIALI
 ente: AZIENDA ULSS 21
 indirizzo: Via Gianella, 1 - 37045 Legnago (VR)
 n. tel.: 0442 / 632203
 n. fax: 0442 / 26372

Componenti Gruppo di Lavoro interistituzionale			
Cognome e nome	Qualifica	Ente di appartenenza	
Campi Angelo	Presidente Conferenza dei Sindaci ASL 21	Sindaco Comune di Minerbe	
Gandini Silvio	Rappresentante dell'Esecutivo Conferenza dei Sindaci	Sindaco Comune di Legnago	
Castagnini Mario	Direttore Servizi Sociali ASL 21	ASL 21 - Legnago	
Bossi Carlo	Direttore Dipartimento Distretto	ASL 21 - Legnago	
Manzato Ezio	Dirigente Medico - SERT	ASL 21 - Legnago	
Raganella Alessandra	Responsabile Area Infanzia e Adolescenza	ASL 21 - Legnago	
Ferrari Fabio	Rappresentante Comunità Terapeutiche	Civitas di Verona	
Corazza Gilberto	Rappresentante Volontariato e Cooperative	Ass. Il Corallo di S.G. Lupatoto	
Laquantiti Stefania	Rappresentate della Scuola	C.S.A. di Verona	

Elenco Progetti triennali				
N.	Titolo del Progetto		Ente gestore	Area
1	GIOCHI PULITI	Comunità dei Giovani	Verona	Prevenzione
2	DEDALO percorsi di prom della salute nella Comunità Locale	Associazione "Papa Giovanni XXIII"	Verona	Prevenzione
3	Orfeo	Associazione "Il Corallo"	S. G. Lupatoto	Tatt. Cocaina
4	ProLabor II. Progetto integrato di reinserimento socio lavorativo	Coop. Il Calabrone	S.P. Morubio	Reins. Lav.

PIANO FINANZIARIO COMPLESSIVO			
Progetto n.	Costo a carico fondo	Costo a carico Ente	Totale Triennio
1	€ 143.471,25	€ 47.823,75	€ 191.295,00
2	€ 42.000,00	€ 14.001,00	€ 56.001,00
3	€ 185.472,00	€ 61.824,00	€ 247.296,00
4	€ 92.736,75	€ 35.316,00	€ 128.052,75
Totale	€ 463.680,00	€ 158.964,75	€ 622.644,75

Nello specifico, i progetti del nuovo Piano sono:

1) Progetto "Giochi Puliti" per la prevenzione selettiva dei comportamenti a rischio e la promozione di atteggiamenti consapevoli relativi all'uso e abuso di sostanze legali e illegali. Il progetto, la cui gestione è affidata come nel Piano 2003-2005 alla Comunità dei Giovani di Verona, è la prosecuzione-sviluppo dei precedenti progetti "Giochi Puliti" che hanno permesso di acquisire una lunga esperienza sul fenomeno del consumo di sostanze tra i giovani. Con esso si intende dare continuità agli interventi intrapresi e mantenere i contatti con le realtà giovanili del territorio e i rappresentanti del mondo adulto

(amministrazioni comunali, scuole, gestori) che a vario titolo rappresentano potenziali risorse per una responsabilizzazione dei giovani nei confronti dell'uso di sostanze.

2) Progetto "Dedalo - percorsi di promozione della salute nella comunità locale" gestito dall'Associazione Amici della Comunità Papa Giovanni XXIII in rete con le Associazioni: "Agata", "Il Corallo" e "La Girandola-Insieme per non fumare". Esso sviluppa il progetto NET attuato sul territorio nel precedente piano triennale e amplifica l'applicazione della prassi e filosofia della "community care" promuovendo la responsabilizzazione della comunità nel farsi carico delle proprie difficoltà attraverso la nascita di reti locali e lo sviluppo organizzativo e partecipativo su tutta l'area problematica delle dipendenze delle azioni di sensibilizzazione e prevenzione.

3) Progetto "Orfeo - dipendenza da cocaina e sostanze di sintesi: terapie territoriali per nuovi stili di consumo" gestito dall'Associazione "Il Corallo" in rete con il CEIS di Verona e la Comunità dei Giovani di Verona. Questo progetto si propone di fornire percorsi sperimentali ed innovativi al diffondersi di consumo di cocaina, alcool e droghe di sintesi in gruppi di popolazione apparentemente integrati e comunque non disponibili ad un trattamento stigmatizzato o meramente rispondente a modelli medico/sanitari.

4) Progetto "Prolabor II", progetto integrato pubblico ed aziende profit e nonprofit di reinserimento socio-lavorativo protetto, gestito dalla cooperativa sociale "Il Calabrone" della Comunità Papa Giovanni XXIII in collaborazione con le Coop. "Ardea" e "SELF", in rete con il SIL e il Dipartimento Dipendenze. Si occupa del reinserimento socio-lavorativo di tossicodipendenti o alcolodipendenti in programma terapeutico, e si svolge grazie all'integrazione tra Pubblico e Privato sociale nel mondo del lavoro fornendo supporto psicosociale e azioni per la prevenzione delle ricadute attraverso l'orientamento e l'acquisizione di competenze lavorative e sociali.

3.3.6 AREA SALUTE MENTALE

I BISOGNI NELL'AREA SALUTE MENTALE: Chiave di lettura.

L'area della salute mentale risulta essere particolarmente sotto pressione per una serie di fenomeni sociali. Si rileva un aumento della diffusione del disagio psichico (es. depressione) con necessità di interventi di consulenza e di sostegno. Spesso tale disagio non viene riconosciuto e trattato con protocolli operativi ufficiali, si ferma a livello di MMG e ha come unico sbocco le risorse personali, anche economiche, della persona.

L'idea prevalente è che il servizio di salute mentale debba occuparsi solo della gravità, mentre oggi è necessario rappresentarci un ambito di lavoro non solo finalizzato alla presa in carico, ma all'accompagnamento, nella logica dell'ascolto, della messa a fuoco dei problemi, dell'accompagnamento alle scelte, tenendo conto della famiglia e della rete di relazioni come luoghi privilegiati di interesse.

In un quadro generale caratterizzato dall'allungamento della vita media della popolazione si riscontra da un lato una presa in carico prolungata della persona con problemi psichiatrici e dall'altro una discontinuità della stessa per il dilatarsi dei tempi.

Inoltre, la fragilizzazione delle reti primarie, della famiglia nucleare comporta una espulsione precoce del malato, soprattutto nei casi d'esordio o multiproblematici, e una frequente delega totale al servizio.

E' stato rilevato, infine, un aumento di richieste di intervento da parte di servizi di interfaccia (tossicodipendenze, handicap, demenze), spesso improprie perché si configurano nella realtà come richieste di vera e propria presa in carico.

Si tratta di una progressiva "psichiatrizzazione" dei disagi personali e sociali vissuti in una società sempre più complessa, ma spesso rigida ed espulsiva nei confronti di chi è più fragile?

Occorre forse uscire dalla polarità persona/utente e servizio, per costruire un continuum che coinvolga, oltre alla persona, la comunità, il vicinato, il volontariato e i servizi.

Quei mille reticoli fatti di micro-legami, che possono ossigenare e rigenerare le storie di vita delle persone. I legami sociali possono essere costruiti e consolidati solo attraverso processi di partecipazione e di rete.

Pertanto il mandato dei servizi deve essere quello di moltiplicare le relazioni e di creare contesti densi di relazioni, quale condizione per rendere gli attori sociali appunto tali: significa attivare contesti nei quali i cittadini, in particolare quelli che stanno peggio, siano attori.

RELAZIONE AREA SALUTE MENTALE

A Principali riferimenti legislativi.

L'assistenza psichiatrica in Italia, e quindi anche nel Veneto, è segnata da alcuni momenti fondamentali identificabili con i seguenti provvedimenti legislativi.

1. Il cambiamento culturale, sociale e politico avvenuto negli anni 60 e 70 porta a prevedere la fine definitiva dell'organizzazione manicomiale, prima mediante la Legge n° 431 del 18/03/1968 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica", e poi mediante la Legge n° 180 del 13/05/1978 sugli "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori" e la Legge n° 833 del 23/12/1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" (artt. 33-34-35-64).

Già l'Art. 6, c. 4 della L. n. 180 del 13-05-1978 indica che:

" I Servizi psichiatrici di diagnosi e cura... (S.P.D.C.), al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio".

Una compiuta realizzazione della riforma postula anzitutto il funzionamento continuo, dipartimentale, dei Servizi psichiatrici territoriali come alternativi al ricovero ospedaliero, così che ad essi gli utenti possano rivolgersi in ogni momento.

L'Art. 34 c.1 della L. n. 833 del 23-12-1978 demanda alla legge regionale, nell'ambito di ogni U.S.L., con popolazione da 50.000 a 200.000 abitanti (Art. 14), " l'istituzione di Servizi a struttura dipartimentale che svolgano funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale".

Al c. 3, lo stesso art. 34 prevede che: " Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai Servizi e presidi territoriali extra-ospedalieri".

Al c.5 indica i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura come specifici componenti "all'interno delle Strutture dipartimentali per la salute mentale, comprendenti anche i presidi e i servizi extra-ospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica".

In attuazione quindi della L. n. 833 del 23-12-1978 (art. 34) è stato istituito in ogni U.S.L. un Servizio dipartimentale per la tutela della salute mentale, dotato di strutture ospedaliere e territoriali e di una adeguata équipe multidisciplinare.

Il fulcro dell'assistenza si sposta così dalle strutture di ricovero (SPDC) ai servizi e pre-sidi territoriali.

Il modello dipartimentale risponde validamente alla realizzazione di un'assistenza "inte-grata" e di una "presa in carico" globale, anche dei problemi dei pazienti più gravi e dei loro familiari.

Esso coniuga le esigenze di specificità nei diversi momenti della cura, attraverso le sue diverse articolazioni strutturali, con l'unitarietà d'indirizzo, mediante l'équipe unica multidisciplinare, per tutte le fasi di prevenzione, cura e riabilitazione psico-sociale.

2. L'Art. 3-quinquies, c.3 del D.L. n° 502 del 30/12/1992, riconoscendo implicitamente l'autonomia del D.S.M., precisa che: " Trovano collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di pre-venzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona".

3. L'avvenuto passaggio dall'ottica prevalentemente custodialistica alla promozione di tutte le attività necessarie di prevenzione, cura e riabilitazione trova definitiva conferma nel D.P.R. 7/04/1994: "P.O. Tutela della Salute Mentale".

Il modello organizzativo dipartimentale previsto è da ritenere il più idoneo a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica.

Il D.P.R. individua le componenti organizzative essenziali del D.S.M., cioè una rete di strutture ospedaliere (S.P.D.C. e D.H.O.) e territoriali: semi-residenziali (C.S.M., con le funzioni di C.D., D.H.T., ambulatoriali, domiciliari) e residenziali (C.T.R.P. e C.A.).

Prevede, come modulo tipo del D.S.M., un bacino di utenza di riferimento non superiore a 150.000 abitanti ed un Organico di almeno un Operatore per 1.500 abitanti, compreso psichiatri, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali, educatori-animato-ri, ausiliari, operatori tecnici, personale amministrativo adeguato.

4. La L.R. n° 56 del 14/09/1994 individua tre luoghi istituzionali preposti all'erogazio-ne dell'assistenza sanitaria: il Distretto, il Dipartimento di Prevenzione e l'Ospedale.

5. Alcune leggi finanziarie negli anni successivi hanno portato alla definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici ed hanno cercato di dare un ulteriore impulso al completa-mento di tutte le strutture semiresidenziali e residenziali previste per ogni D.S.M.:

L. n. 724 del 23/12/1994, L. n. 662 del 23/12/1996 e L. n. 449 del 27/12/1997.

6. La D.G.R.V. n. 2223 del 19-04-1995, in attuazione della L.R. n. 56/1994, individua i compiti e strutture del D.S.M. e stabilisce che l'équipe del D.S.M. deve occuparsi di norma di una popolazione di circa 100.000 abitanti.

7. Il D.P.R. 14-01-1997 fissa i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tutti i presidi psichiatrici pubblici, ospedalieri e territoriali.

8. La D.G.R.V. n. 320 del 10-02-1998 stabilisce le modalità di rilevazione di tutte le prestazioni psichiatriche territoriali mediante schede informatizzate (Sistema informati-vo regionale).

9. La D.G.R.V. n. 740 del 19-03-1999 definisce, " nell'articolazione in équipe psichia- triche pluriprofessionali, il modulo organizzativo base del Dipartimento di salute men-tale, unico per Azienda U.L.S.S., a fini di coordinamento e cooperazione delle équipe psichiatriche in attività sul territorio di quell'Azienda U.L.S.S.".

10. D.G.R.V. n. 25/C.R. del 30/03/1999: P.O. Tutela della Salute Mentale. Aggiorna-mento, in base art. 18, c.1 e 2, L.R. n. 5/96.

Vengono delineate tre grandi direttive per organizzare e garantire i livelli uniformi di assistenza: l'integrazione fra i Servizi, la territorializzazione dell'erogazione e lo svilup-po della prevenzione.

Il Distretto S.S. è l'ambito privilegiato di integrazione operativa e coordinamento con i Soggetti attuativi del Piano di Zona (Strutture pubbliche, private e del privato-sociale accreditate).

Il Piano di Zona, predisposto dalla Conferenza dei Sindaci, è lo strumento che organizza l'integrazione fra servizi sanitari e socio-assistenziali.

La promozione e tutela della salute mentale, nonché la cura della malattia mentale, ven-gono decisamente ribadite come distinte dal controllo sociale.

Compito del D.S.M. è la promozione della salute mentale e la cura di ogni forma di ma-lattia mentale, privilegiando la prevenzine e la cura personalizzata, operando primaria-mente sul territorio.

La Regione Veneto verifica che, nell'arco di validità del P.S.R. 1996/98, nel complesso delle A.ULSS sia effettivamente raggiunto l'utilizzo del 5% del F.S.R. per la cura dei malati psichiatrici.

Devono esserci specifici progetti obiettivo per handicappati, anziani, tossicodipendenti, persone in fase terminale della vita; in tali casi di norma non sussiste una diretta e pri-maria competenza specialistica psichiatrica.

Nei casi di incerta competenza, il Responsabile del Distretto convocherà gli specialisti competenti per la presa in carico del paziente, che dovrà essere comunque garantita e re-alizzarsi in rapporto alla patologia stabilmente prevalente, anche per le eventuali esi-genze residenziali e/o semiresidenziali.

Il budget economico per l'assistenza psichiatrica dovrà giungere al 5% del F.S.R. nel-l'arco del triennio 1996-98, con un addetto ogni 1.500 abitanti; potranno esserci inoltre ulteriori risorse derivanti dal Dipartimento di Prevenzione o anche da altre aree afferenti alla medicina o alla chirurgia (Psichiatria di collegamento) o dalla rete sociale.

Si ribadisce che l'equipe del D.S.M. di norma deve occuparsi di una popolazione di circa 100.000 abitanti e deve essere dotata di 1 C.S.M., 1 S.P.D.C., almeno 1 C.T.R.P. e 2 o più C.A. a protezione differenziata.

Le Strutture indicate dovranno possedere almeno i requisiti minimi del D.P.R. 14/01/97.

Sono intese Strutture sanitarie il S.P.D.C., con eventuale D.H.O. annesso, il C.S.M., con le funzioni di C.D. e di D.H.T., e la C.T.R.P.

Le C.A. invece sono da intendersi come strutture a gestione mista, sanitaria e sociale.

I carichi di lavoro specifici per l'attività territoriale motivano la dotazione organica che dovrà essere almeno di un operatore ogni 1.500 abitanti.

Le figure professionali di cui si compone l'equipe sono almeno e principalmente le se-guenti: psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere professionale, educatore pro-fessionale, amministrativo (almeno di settimo livello), operatori addetti all'assistenza.

Nell'attribuzione del Personale andrà garantita la massima formazione e qualificazione di ogni professionista assegnato.

Di norma le equipe psichiatriche instaurano rapporti di collaborazione con il paziente, i suoi familiari ed il medico di medicina generale.

Il metodo di lavoro interdisciplinare e multidimensionale viene considerato tipico della equipe psichiatrica e si riconosce che nel suo quotidiano operare già si realizza il primo passo dell'integrazione socio-sanitaria, unico appropriato approccio per la tutela della salute mentale e per la prevenzione e correzione delle esclusioni sociali.

Viene previsto un fondo di 10 miliardi da ripartirsi ai Comuni che realizzino Piani di Zona congruenti alle linee guida indicate.

Il P.O. recepisce anche lo strumento informativo per l'assistenza psichiatrica territoriale, come previsto dalla citata D.G.R. n. 320 del 10/02/1998; il flusso informativo generato coinvolge reciprocamente la Regione, le A.ULSS ed il D.S.M.

11. Il tema della complessità dei bisogni e della corrispondente complessità delle ri-sposte è ripreso fortemente nel D.L. n. 229 del 19/06/1999 sul "Riordino della discipli-na in materia sanitaria", nella parte che tratta l'integrazione socio-sanitaria.

L'art. 3-quater contiene la prima organica e sistematica definizione del Distretto, come articolazione operativa dell'A.ULSS.

Trovano collocazione funzionale nel Distretto le articolazioni organizzative del D.S.M. e del Dipartimento di Prevenzione.

12. La D.G.R.V. n. 3407 del 5/10/1999 individua tra gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale l'attuazione del Progetto n. 4: prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali.

Per tale Progetto la Regione ha messo a disposizione di ogni Azienda sanitaria dei fondi specifici (ex L. 662/97) per il biennio 1999-2001.

13. Il D.P.R. 10/11/1999, Approvazione del P.O. Tutela della salute mentale 1998/2000

"Costituisce adempimento prioritario previsto dal P. S. N. 1998-2000 (D.P.R.23-07-1998), che individua la salute mentale fra le tematiche ad elevata complessità, per le quali si ritiene necessaria l'elaborazione di specifici atti di indirizzo".

Nel Progetto vengono segnalati alcuni problemi che devono essere affrontati:

- la carenza di valutazioni sistematiche in ordine all'efficienza delle risorse impiegate e all'efficacia degli interventi attuati;

- la necessità di contrastare ogni forma di “nuova istituzionalizzazione” all’interno del-le strutture residenziali, sia pubbliche che private;
 - la relativa insufficienza per i servizi di salute mentale dei requisiti di autorizzazione richiesti dal D.P.R. 14/01/1997;
 - la carenza del Personale di assistenza e/o presenza di eccessivo turnover, con conseguenze negative per la continuità terapeutica;
 - la necessità di sviluppare il ruolo strategico e le risorse degli Enti locali, in particolare dei Comuni, nel contribuire alla definizione ed alla realizzazione di nuove politiche di salute mentale intersettoriali;
 - l’importanza di sviluppare la collaborazione con le Associazioni dei Familiari e degli Utenti, riconoscendone il ruolo attivo ed il valore fondamentale come risorsa a fianco delle equipe psichiatriche.
- Per questo il nuovo P.O. individua i principali obiettivi di salute e gli interventi prioritari da attuare, indica il modello organizzativo di riferimento e prevede specifiche modalità di verifica dei risultati.
- Tra gli obiettivi di salute indica in particolare di perseguire la prevenzione terziaria, ovvero la riduzione delle conseguenze disabilitanti, attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all’attivazione delle risorse, quantunque residuali, degli individui e del contesto di appartenenza.
- Indica ancora di perseguire la salvaguardia della salute mentale e della qualità della vita non solo del paziente, ma anche del suo nucleo familiare.
- I Servizi di salute mentale devono dare priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l’autonomia e l’esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione ed emarginazione sociale.

Gli interventi dei Servizi devono essere attivi e diretti nel territorio (domicilio, luoghi di lavoro, scuola, etc.), in collaborazione con le Associazioni dei Familiari e di volontariato, con i Medici di medicina generale e con gli altri Servizi sanitari e sociali.

Devono essere formulati piani terapeutico-riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica.

Devono essere applicate le strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia, alla luce dei criteri della medicina basata su prove di efficacia (evidence based medicine).

Viene indicato come auspicabile il coinvolgimento volontario dei Familiari nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico-riabilitativo.

È necessario attivare programmi specifici di recupero dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il Servizio.

È considerato utile favorire la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari, di pazienti e di cooperative sociali, specie con finalità di inserimento lavorativo.

Infine sono indicate come opportune tutte le iniziative di informazione rivolte alla popolazione generale sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire i pregiudizi e di diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà.

Il modello organizzativo dipartimentale è ritenuto il più idoneo a garantire l’unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica.

Come già previsto nel P.O. 1994-96 il D.S.M. ha tendenzialmente un organico di almeno un operatore ogni 1.500 abitanti, compresi psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, sociologi, educatori, operatori di assistenza, personale amministrativo di qualifica adeguata. Ogni D.S.M. attiva un Nucleo di valutazione e miglioramento continuo di qualità, che agisce di supporto alle attività per migliorare la qualità professionale, la qualità percepita (gradimento) e quella manageriale.

Il Nucleo è pertanto impegnato nella valutazione dell’efficacia e dell’efficienza di tutte le attività prestate dal D.S.M.

Presso la Direzione del Dipartimento è collocato il sistema informativo dipartimentale che raccoglie, elabora ed archivia i dati di struttura, processo ed esito.

Il Dipartimento dovrà adottare linee guida e procedure di consenso professionale per una buona pratica clinica.

Il Dipartimento deve predisporre inoltre un piano annuale di formazione ed aggiornamento del Personale, tale da soddisfare il bisogno formativo specifico delle varie figure professionali e nello stesso tempo favorire le capacità di lavoro in equipe.

Vengono ribadite le Strutture essenziali costitutive del D.S.M.: il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.), con annesso Day-hospital ospedaliero (D.H.O.), il Centro di salute mentale (C.S.M.), con le funzioni proprie del Centro diurno (C.D.), del Day-hospital territoriale (D.H.T.) e dell'attività domiciliare (A.D.I.P.), le Comunità terapeutiche residenziali protette (C.T.R.P.) e le Comunità-alloggio (C.A.) socio-riabilitative, differenziate in base all'intensità dell'assistenza sanitaria o protezione (24 ore, 12 ore o a fasce orarie).

L'attuazione del P.O. 1998-2000 deve essere accompagnata da azioni di verifica in ordine alla validità degli indirizzi programmatici forniti, attraverso la valutazione dei risultati raggiunti, in rapporto alle risorse umane e finanziarie messe in campo.

Viene precisato infine il ruolo degli Enti locali: " in relazione alle proprie competenze in tema di interventi e servizi sociali, collaborano con specifiche risorse alla realizzazione del presente P.O., destinando allo scopo quote adeguate dei propri bilanci".

In particolare i Comuni: " garantiscono il più ampio sviluppo degli interventi di prevenzione primaria; garantiscono il diritto alla casa, anche destinando quote di alloggi di edilizia popolare; destinano Strutture per assicurare i Servizi".

14. Il P.O. " Tutela della salute mentale 1998-2000" viene recepito a livello regionale dalla D.G.R.V. n. 4080 del 22/12/2000.

Come indicato dunque dal P.O. nazionale e regionale, la maggior parte delle attività ed interventi del D.S.M. si svolge nelle Strutture territoriali del Centro di salute mentale (C.S.M.), del Centro diurno (C.D.), delle Comunità terapeutiche residenziali protette (C.T.R.P.) e delle Comunità-alloggio (C.A.).

L'equipe psichiatrica di norma deve occuparsi, secondo la normativa disposta in DGR n. 740/1999, di una popolazione di circa 100.000 abitanti e deve essere dotata di:

- 1 S.P.D.C., con annessa funzione di D.H. ospedaliero (con massimo 16 p. l.);
- 1 C.S.M., con funzioni di C.D. e di D.H. territoriale;
- almeno 1 C.T.R.P. attiva (con massimo 20 p.l.);
- 2 o più C.A. a protezione differenziata (con massimo 06 p.l. ciascuna);
- almeno 1 Appartamento protetto (per 2-4 persone).

Sono intese strutture sanitarie l'SPDC, il DHO, il CSM (con le sue funzioni di DHT e CD), e la CTRP; le CA e gli App. invece sono da intendersi come strutture a gestione mista, integrata tra sanitario e sociale.

Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

È l'unità organizzativa ospedaliera che eroga trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori (T.S.O.) in regime di ricovero ordinario; esplica attività di consulenza per i Re-parti specialistici ospedalieri e, nel contesto del Dipartimento di emergenza ed accettazione (D.E.A.), attività di pronto soccorso; può gestire il D.H. ospedaliero.

Garantisce l'assistenza continuativa medica ed infermieristica 24 ore su 24 per 7 giorni alla settimana.

Ha una ricettività tendenziale di 1 p.l. ogni 10.000 abitanti, fino ad un massimo di 16 p.l. per 100.000 abitanti.

Centro di salute mentale.

È l'unità organizzativa che coordina e svolge, in un ambito territoriale definito, le funzioni di programmazione, articolazione-integrazione e verifica delle attività e degli interventi.

Svolge attività di tipo ambulatoriale, domiciliare, di consulenza, anche negli ospedali sprovvisti di S.P.D.C., di emergenza/urgenza.

Può svolgere attività cliniche rivolte al paziente, attività rivolte alla famiglia, attività di riabilitazione, attività di coordinamento e verifica dei trattamenti, attività socio-assistenziale e attività di accoglimento diurno e/o notturno.

Il C.S.M. funziona, a dotazione organica d'equipe pienamente realizzata, di norma 12 ore consecutive in tutti i giorni feriali e vi lavorano equipe multiprofessionali, con presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura.

Per gli interventi d'urgenza è l'equipe nel suo insieme ad essere attiva 24 ore su 24 per l'intero anno solare, in collegamento con la medicina di base e con il servizio di continuità assistenziale (guardia medica notturna e festiva).

Tutte le articolazioni del C.S.M. (ambulatoriali e non, C.D., e D.H. territoriale) sono in stretta e costante connessione con le altre strutture del D.S.M. (C.T.R.P., C.A., S.P.D.C.) per l'attuazione integrata dei programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati.

Centro Diurno.

È una unità organizzativa semiresidenziale, funzione del C.S.M., collocata di preferenza nel contesto territoriale per favorire gli scambi sociali; accoglie i pazienti durante le ore diurne su specifici progetti individualizzati di tipo terapeutico e/o riabilitativo.

La struttura è aperta di norma 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana e vi lavora una équipe multiprofessionale.

Eroga prevalentemente le seguenti attività:

· attività cliniche rivolte al paziente:

visita psichiatrica, colloquio clinico-psicologico, psicoterapia individuale, psicoterapia di coppia, psicoterapia familiare, psicoterapia di gruppo, valutazione standardizzata (mediante test psicodiagnostici o mediante ratingscales, questionari, interviste, al fine di pianificare gli interventi e la successiva valutazione degli esiti), somministrazione di farmaci;

· attività rivolte alla famiglia:

colloquio con i familiari, interventi informativi e psicoeducativi con i familiari, rivolti sia ad una singola famiglia, sia a gruppi di famiglie, con o senza la presenza dei pazienti;

· attività di riabilitazione:

hanno la finalità di aiutare gli individui che presentino una disabilità o uno svantaggio sociale legati a malattia mentale a raggiungere il proprio livello ottimale di funzionamento indipendente nella comunità.

Gli interventi riabilitativi possono essere di vario tipo ed avere scopi specifici:

a) interventi finalizzati a rendere il paziente il più possibile autonomo nelle principali attività di base e cosiddette strumentali (curare la propria persona, usare il telefono, prendere l'autobus, fare la spesa, usare il denaro, inserirsi in attività ricreative), interpersonali e sociali;

b) interventi di risocializzazione, individuale e di gruppo, mediante attività ricreative e di incontro, uscite (cinema, ristorante, mostre, ecc...); gruppi di discussione e lettura, gruppi di incontri su argomenti specifici, gruppi di ascolto di musica o di visione di films, gruppi cucina e altro;

c) interventi di tipo espressivo, individuali e di gruppo, quali il disegno, la pittura, la fotografia, le attività teatrali e di drammatizzazione, ecc...;

d) interventi di tipo pratico manuale, individuali e di gruppo, come la lavorazione del legno e della ceramica, il cucito ed il lavoro a maglia, il giardinaggio, ecc...;

e) interventi di tipo motorio, individuali e di gruppo, con attività di ginnastica, integrazione psicomotoria, espressione corporea, tecniche di rilassamento, danza, ecc.;

f) interventi di addestramento e formazione al lavoro, finalizzati alla formazione dei pazienti in alcune aree lavorative e/o all'inserimento di questi sia in ambienti lavorativi "normali", sia in ambienti "protetti";

g) interventi con finalità ricreative e di risocializzazione, rivolti a gruppi di pazienti, come gite, escursioni e viaggi, soggiorni e vacanze con la presenza di Operatori;

· attività socio-assistenziale con interventi finalizzati alla soluzione di problemi amministrativi e sociali (ricerca lavoro, sussidi economici, problemi abitativi) ed interventi rivolti alla rete sociale, mediante incontri-riunione con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, strutture aziendali e sindacali;

· attività di accoglimento integrato, con presenza minore o maggiore di 4 ore, con attività specifiche strutturate, o con attività informali di accoglienza, incontro ed intrattenimento.

Il C.D. può caratterizzarsi quindi in base alle prevalenti attività erogate ed alla prevalente tipologia degli utenti in:

· C.D. con prevalenti finalità risocializzanti e ricreative: ambiente a bassa stimolazione, con scarso coinvolgimento attivo da parte di pazienti con ridotte abilità e basso livello di funzionamento sociale;

· C.D. con prevalenti finalità riabilitative: ambiente con livello maggiore di stimolazione, per pazienti più capaci e meglio strutturati (con più risorse);

· C.D. con prevalenti finalità di formazione ed inserimento lavorativo:

ambiente ad elevata stimolazione, per pazienti più abili e con maggiori capacità di autonomia; le attività sono incentrate in genere su lavori artigianali o impiegatizi ed è previsto un grado di supervisione dell'operato dei pazienti da parte degli Operatori;

· C.D. con attività non particolarmente differenziate (miste).

Day Hospital Territoriale.

È una funzione del C.S.M.; è aperto di norma 8 ore al dì per 6 giorni alla settimana.

In esso si realizzano interventi farmacologici e terapeutico-riabilitativi, con basso gradiente di attività diagnostica ed alto gradiente di integrazione socio-sanitaria.

Strutture residenziali: C.T.R.P., C.A. e Appartamenti Protetti.

Sono strutture extraospedaliere, che accolgono per l'intero arco delle 24 ore utenti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi.

Forniscono prevalentemente attività di riabilitazione, ma possono erogare anche attività cliniche rivolte al paziente ed attività rivolte alla famiglia. Sono strutture a protezione differenziata e flessibile connessa con il grado di disabilità degli utenti ospitati.

Si differenziano, in primo luogo, a seconda del livello di protezione (basso, medio ed elevato) e, in subordine, per la durata della degenza (limitata ed indeterminata).

· Le Strutture residenziali ad elevato livello di protezione sono rivolte ad utenti con scarse o assenti capacità di autonomia; sono gestite da personale appartenente a più profili professionali, dipendente dal D.S.M. o convenzionato, che garantisce la sua presenza per tutto l'arco delle 24 ore.

Una C.T.R.P. è dotata tendenzialmente di 12 p.l., elevabili sino a 20 in presenza di motivate e documentate necessità locali, da confermarsi obbligatoriamente di anno in anno. In essa l'azione sanitaria e riabilitativa sono intense e preponderanti.

· Le Strutture residenziali a medio livello di protezione sono rivolte ad utenti con ridotti livelli di autonomia e prevedono la presenza diurna di personale appartenente a più profili professionali, dipendente dal D.S.M. o convenzionato, per almeno 8-12 ore al giorno nei giorni feriali e per meno ore nei giorni prefestivi e festivi.

Il numero di posti letto non può essere superiore a 20.

· Le Strutture residenziali a basso livello di protezione sono rivolte ad utenti autonomi e sono prevalentemente autogestite da loro.

Si suddividono in:

a) Appartamenti per 2-4 persone, con assistenza non giornaliera del personale socio-sanitario e presenza di assistenza domiciliare integrata psichiatrica (A.D.I.P.) una volta alla settimana;

b) Comunità alloggio (C.A.), con un accoglimento di 06 persone ciascuna e presenza di personale di assistenza in alcune ore della giornata feriale.

Sono a gestione mista, integrata fra sanitario e sociale.

Le C.A. sono case o appartamenti in cui prevale l'azione riabilitativa e risocializzante.

Sono in numero stabilito dal D.S.M. e rapportato all'esigenza della popolazione servita con verifica periodica annuale attraverso il Piano di zona.

Esse vanno individuate dall'Azienda ULSS nell'ambito dei Comuni afferenti al territorio di competenza dell'equipe che gestisce direttamente, in integrazione con il settore sociale.

Nella gestione delle C.A. è previsto il concorso degli Ospiti alla partecipazione della spesa ed è indicata la collaborativa azione di una pluralità di soggetti istituzionali, nell'ottica di una piena integrazione fra sociale e sanitario.

Nell'area della residenzialità va ricercata la collaborazione degli Enti locali, nonché del Privato sociale ed imprenditoriale, tramite convenzioni.

Il presente P.O. recepisce lo strumento informativo per l'assistenza specialistica territoriale prodotto dalla DGRV n. 320 del 10/02/1998.

La Giunta Regionale individua alcuni indicatori di realizzazione del P.O.

Infine la D.G.R.V.n.4080 del 22-12-2000 ribadisce il finanziamento previsto per il P.O.:

La Regione Veneto verifica che, nell'arco di validità del P.S.R., nel complesso delle Aziende ULSS sia effettivamente raggiunto l'utilizzo del 5% del fondo sanitario regionale per la cura dei malati psichiatrici".

La dotazione organica dovrà essere almeno di 1 operatore ogni 1.500 abitanti.

Possono essere assegnate ulteriori risorse provenienti da accordi trasversali con altri Servizi o Dipartimenti per la Prevenzione primaria, la Psicologia clinica ospedaliera, la Psichiatria di collegamento-liaison.

La stessa D.G.R. prevede verifiche periodiche regionali sullo stato di attuazione del P.O.

B Strutture e Personale del D.S.M. dell'A.ULSS 21.

1 Strutture del D.S.M.

1.1 Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.) presso l'Ospedale di Legnago.

È dotato di 16 p.l. per trattamenti volontari ed obbligatori (T.S.O.).

Esplica attività di consulenza per il P.S. e per i Reparti specialistici ospedalieri.

La presenza medica è garantita dalle ore 8 alle 20 di tutti i giorni feriali, mentre l'assistenza medica notturna e festiva è garantita da un servizio di pronta disponibilità.

Ogni paziente, oltre ad avere un inquadramento diagnostico psichiatrico, viene naturalmente sottoposto a tutti gli accertamenti medici necessari.

Vengono effettuate terapie farmacologiche, interventi di sostegno e chiarificazione per pazienti e familiari, attività di gruppo.

I programmi di cura rispondono ai criteri di una "presa in carico" globale dei problemi del paziente e della continuità terapeutica e riabilitativa, in costante collegamento ed integrazione sia con le altre Strutture e funzioni del D.S.M., sia con gli altri Servizi interessati, ospedalieri, distrettuali e territoriali.

1.2 L'assistenza psichiatrica territoriale, per la popolazione attuale di circa 147.000 abitanti, è svolta principalmente dai tre Centri di salute mentale (C.S.M.) di:

· Bovolone, "La Fontanina", in via Madonna 116, con il Centro diurno attivo dal 4-12-1989;

· Nogara, "Il Girasole", in via Raffa 21, con il Centro diurno attivo dal 29-01-1993;

· Porto di Legnago, "Il Tulipano", in via Ragazzi del '99, con il Centro diurno attivo dal 23-06-1997.

I tre C.S.M.-C.D. di Bovolone, Nogara e Porto sono aperti di norma dalle ore 8 alle 16, dal lunedì al venerdì.

I tre Centri sono le principali strutture organizzative dell'assistenza psichiatrica territoriale, ognuno con un proprio bacino d'utenza di riferimento.

Attraverso di essi vengono garantite la presa in carico globale dei problemi sanitari e psicosociali dei pazienti e la continuità terapeutica, mediante programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati, così come indicato dalla normativa vigente.

Nei tre Centri vengono coordinate, programmate e verificate tutte le attività semiresidenziali, ambulatoriali, distrettuali, domiciliari e territoriali.

Ognuno dei tre C.S.M. offre assistenza anche mediante la funzione di Day hospital territoriale (D.H.T.) e l'attività di accoglimento integrato diurno.

L'assistenza domiciliare ed il servizio di emergenza/urgenza attivo 24/24 ore sono garantiti dalle tre Unità operative territoriali (U.O.T.), sempre in collegamento con la medicina di base e con il servizio di continuità assistenziale (guardia medica notturna e festiva).

Fanno parte dell'organizzazione funzionale dei tre Centri le attuali cinque sedi ambulatoriali di Bovolone, Zevio, Nogara, Legnago e Porto di Legnago.

Tutte le articolazioni dei tre C.S.M. sono in stretta e costante connessione sia con le altre strutture specifiche del D.S.M. (S.P.D.C. e C.T.R.P.), sia con gli altri Servizi sanitari e sociosanitari, ospedalieri, distrettuali e territoriali, per l'attuazione integrata e continuativa dei programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati.

1.3 Dal 1-03-2000 al 31-12-2001 il D.S.M. ha gestito direttamente anche la Comunità terapeutica residenziale protetta (C.T.R.P.) per pazienti psichiatrici "Casa Raldon", in via Pinzon 9, a Raldon (VR).

Dal 1-01-2002 tale struttura è passata all'A.ULSS 20 di Verona, essendo insediata nel territorio del Comune di San Giovanni Lupatoto.

La Comunità era dotata di 12 p.l. ed ospitava 11 utenti, di cui 9 residenti nei Comuni dell'A.ULSS 21.

Il D.S.M. ha garantito in quel periodo la prosecuzione dei programmi terapeutico-riabilitativi dei 9 pazienti di propria competenza e ne ha curato il necessario e delicato passaggio nella nuova C.T.R.P. dell'A.ULSS 21 "Villa Stellini" di Nogara, attiva dal 12-05-2003.

La nuova Comunità è dotata di 14 p.l., ad elevato livello di protezione, con presenza di Personale per tutto l'arco delle 24 ore e per tutti i giorni dell'anno.

Ospita utenti psichiatrici con scarse o assenti capacità di autonomia.

In essa l'azione sanitaria e terapeutico-riabilitativa sono intense e preponderanti, con programmi personalizzati, previsti comunque nel termine massimo di qualche anno (4-5 anni).

2 Personale del D.S.M.

L'organico complessivo attuale è di 76 Operatori, di cui 51 dipendenti dell'A.ULSS 21, 17 (1 psicologo, 5 Educatori professionali e 11 Operatori socio-sanitari) assunti mediante convenzione con la Cooperativa Codess, 5 Coll. L.P. e 3 Coll. Co.Co.

Allego scheda riassuntiva dell'assegnazione del Personale nelle diverse Strutture e Servizi del D.S.M.

C Alcuni dati di attività del D.S.M. nel 2006.

n. di ricoveri ospedalieri: 267

- n. di T.S.O.: 09
- n. di Pazienti in carico: 1243
- n. di Pazienti seguiti con programmi semiresidenziali nei tre C.D.: 116 (33 a Bovolone, 30 a Nogara e 53 a Porto di Legnago);
- n. di Pazienti seguiti con programmi domiciliari: 111 (39 a Bovolone, 55 a Nogara e 17 a Porto di Legnago);
- n. di Pazienti seguiti nelle sedi ambulatoriali: 1005 (313 a Bovolone, 91 a Zevio, 205 a Nogara, 170 a Legnago e 226 a Porto di Legnago);
- n. di Pazienti seguiti con programmi residenziali presso la C.T.R.P. di Nogara: 16
- n. di Pazienti seguiti con programmi residenziali presso 18 diverse Strutture private convenzionate: 27
- n. di Pazienti seguiti con programmi semiresidenziali diurni presso 4 Strutture private: 08
- n. di Pazienti seguiti in collaborazione con il S.I.L.: 27.

La quantità e la tipologia di tutte le prestazioni territoriali effettuate a favore dei pazienti psichiatrici e dei loro familiari vengono giornalmente registrate, dal mese di aprile del 1998, mediante le schede regionali previste dal Sistema informativo isti-tuito con la D.G.R.V. n. 320 del 10/02/1998.

D Altre risorse strutturali necessarie

- n. 5-10 p.l. di C.T.R.P.
- n. 15-20 p.l. di Comunità alloggio ed Appartamenti protetti
- n. 15-20 p.l. di R.S.A. e C.R.

E Altre risorse umane necessarie

“Almeno 1 Operatore ogni 1.500 abitanti”: Medici Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori professionali, Tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, Operatori socio-sanitari, Amministrativi.

F Osservazioni

Le problematiche relative alle risorse strutturali riguardano soprattutto la carenza di p.l. residenziali: C.T.R.P., Comunità alloggio, Appartamenti protetti, R.S.A. e C.R.

Credo che la difficoltà maggiore sia proprio quella di valutare adeguatamente i molteplici bisogni sanitari, socio-sanitari ed assistenziali di ciascun paziente e di avere a disposizione per ognuno le risposte e soluzioni più giuste, appropriate ed economiche.

Attualmente, per carenza di soluzioni residenziali alternative, alcuni ricoveri, sia in S.P.D.C. che nella C.T.R.P., risultano sicuramente troppo prolungati e del tutto inappropriati.

Negli ultimi anni, per l'insufficienza o la non disponibilità di altri Servizi e Strutture sanitarie e socio-sanitarie (N.P.I. ed età evolutiva, Handicap età adulta, Ser.T., Neurologia, Geriatria e Lungodegenza, R.S.A. e Case di riposo, Case di cura, Istituti e Comunità residenziali private convenzionate), sono ricaduti nel carico assistenziale e nel budget del D.S.M. i pazienti più gravi e di gestione più complessa, anche in età adolescenziale, per i quali viene reclamata la comorbilità psichiatrica: pazienti affetti da ritardo mentale, alcolismo, tossico-dipendenza, disturbi di personalità antisociale e borderline, demenza.

Il bisogno di p.l. residenziali aumenta non solo per motivi sanitari, terapeutico-riabilitativi e socio-assistenziali, ma anche per il grado di rifiuto ed espulsione dei pazienti più gravi da parte dei loro stessi familiari, che tendono a delegare al Servizio pubblico ogni necessità di cura e di vita quotidiana, anche per lunghi anni, a partire fin dall'età giovane-adulta.

Per questo forse sarebbe utile adottare strumenti amministrativi più idonei per regolamentare la permanenza dei Pazienti nelle Strutture residenziali, sia pubbliche che private, e per far rispettare gli impegni di partecipazione alla spesa complessiva non solo agli Utenti (pensione di invalidità o contributo da reddito), ma anche ai loro stessi Familiari ed ai Comuni (difficoltà di applicazione dei L.E.A.).

Altri due fattori influiscono sulla durata ed inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri (S.P.D.C.) e della permanenza nelle C.T.R.P.: l'insufficiente livello di “protezione” dei Pazienti nelle Strutture residenziali alternative (Comunità terapeutiche e riabilitative convenzionate, R.S.A. e Case di riposo) e la scarsa preparazione o formazione del loro Personale.

Infine, per migliorare la qualità di vita di molti Pazienti, residenziali o no, sarebbe necessario finanziare adeguatamente i progetti occupazionali e gli inserimenti lavorativi (S.I.L.) presso Enti pubblici o privati, favorendo al massimo la costituzione di Cooperative di lavoro per impieghi “protetti”.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE STRUTTURE E PERSONALE IN DATA 1-02-2007

Centro di Responsabilità	Dirigente Medico	Psicologo	Caposala Coordin.	Inferm. Profess.	Inferm. Generico	Assist. Sociale	Educat. Profess.	O.S.S.	Amm.	TOT.
D.S.M.	1		1,67*						0,70	3,37
S.P.D.C.	4	0,20 l.p.		12	4					20,20
C.S.M. BOV.		0,70				1				1,70
C.D.	0,50			3**			1,83			5,33
U.O.T.	1			2,70	0,70					4,40
C.S.M. LEG.	1	1 c				0,40				2,40
C.D.							3 c	1 c		4
U.O.T.				2						2
C.S.M. NOG.	1*	0,40 l.p.				0,60				2
C.D.	0,70			0,83			1 c + 0,5	1+1 c		5,03
U.O.T.				3				1*		4
C.T.R.P.	0,50	0,20 l.p.		2,70	1		1 c	9 c		14,40
TOTALE	9,70	2,50	1,67	26,23	5,70	2	7,33	13	0,70	68,83

C = CODESS: 1 Psicologo, 5 Ed. Prof., 11 O.S.S.

** 1 assente per grav./mat. NON sostituita

* 3 Operatori con permessi ex Art. 33 L. 104/92.

+ 4 Coll.L.P.

+ 3 Co.Co.Co.

La persona e le sue reti al centro del sistema salute mentale

I servizi di Salute Mentale sono chiamati oggi a intervenire in relazione a problemi sempre più complessi, sempre meno codificabili, che attraversano un'area del disagio sempre più estesa e che non riguarda più solo determinate categorie sociali. Sempre più il disagio attraversa fasce sociali di benessere: se da lato si riscontra una molteplicità di opportunità e legami, allo stesso tempo la loro fragilità e debolezza non permette di relazionarsi e rendere compartecipi gli altri della propria vulnerabilità. La quotidianità è sempre più accompagnata da un senso di insicurezza: la crisi del modello familiare, la precarietà del lavoro, l'introduzione di modelli culturali differenti, la riduzione del sentimento identitario, sono segni di una società pervasa da un "quotidiano della precarietà".

Il mito della normalità/benessere mostra i suoi limiti: il disagio non si mostra solo nel suo volto di assenza di beni materiali o di mancato raggiungimento di modelli di consumi, ma rivela l'insieme globale dell'esperienza soggettiva e dei significati che le persone attribuiscono ad essi, nel contesto delle relazioni in cui sono inserite. L'assommarsi occasionale e sempre possibile di fattori di debolezza personale e di fattori di sofferenza sociale nelle vite ordinarie più che in quelle già connotate come bisognose, scopre un'estesa area di "normalità problematica" accanto ad una presente area di "residualità patologica".

Dalle osservazioni emerse nell'incontro del gruppo di lavoro sulla Salute Mentale, emerge un quadro generale caratterizzato dall'allungamento della aspettativa di vita della popolazione (che comporta da un lato una presa in carico prolungata e dall'altro una discontinuità della stessa per il dilatarsi dei tempi); ma anche dalla fragilizzazione delle reti primarie, che comporta una espulsione precoce del familiare (soprattutto nei casi d'esordio o multiproblematici) e/o una frequente delega totale al servizio. E' stata segnalata, come altro aspetto di contesto, la carenza di risorse strutturali e di personale del DSM, rispetto ad un minimo livello di funzionamento, come previsto dai P.O.N. e P.O.R.; dall'altro, l'aumento di richieste di intervento da parte di servizi di interfaccia (tossicodipendenze, handicap, demenze), spesso improprie perché si configurano nella realtà come richieste di vera e propria presa in carico.

In tale quadro complessivo, si inserisce l'assenza di risposte residenziali a medio e basso carico assistenziale per gli utenti del DSM, per cui si realizza un circolo vizioso legato alla saturazione precoce dei posti in CTRP, all'invio presso altre strutture esterne o private con costi aggiuntivi, all'utilizzo improprio del SPDC. Inoltre, è riconosciuto dalla ricerca (es. ricerca nazionale PROGRESS) che l'utilizzazione di residenzialità "full time" frequentemente comporta "l'insabbiamento" dei progetti e delle possibilità evolutive dei pazienti.

Una dunque delle priorità, peraltro riconosciute anche da altri servizi (es. SERT), deve essere quello di limitare e prevenire l'istituzionalizzazione, attraverso una rete di residenzialità "leggera", che da un lato completa l'offerta di percorsi riabilitativi e di inclusione sociale, dall'altro consente di non "intasare" altri nodi del DSM. Le politiche per rispondere a tale priorità, sono :

1. il potenziamento delle risorse del DSM, secondo quanto stabilito dal DGRV 4080/2000, attraverso un incremento del finanziamento del DSM;
2. lo sviluppo di "Residenzialità Leggera", sotto forma di protocolli tra DSM ed Enti Locali per il reperimento di Alloggi Protetti da destinare ad utenti seguiti dal DSM;
3. il miglioramento dei processi assistenziali e terapeutico-riabilitativi, mediante l'adozione di procedure e di strumenti standardizzati di valutazione;

Un secondo aspetto problematico riguarda la fragilizzazione delle reti sociali: è necessario, per arginare gli aspetti maggiormente disfunzionali, creare attivamente le condizioni per sostenere e rinforzare i legami sociali quando questi sono carenti: innanzitutto attraverso la scelta prioritaria della valorizzazione delle reti sociali e delle loro risorse, attraverso il coinvolgimento degli utenti stessi (gruppi di auto aiuto, valutazione partecipata degli interventi, attività socializzanti dell'associazione di volontariato "La Calamita") e dei loro familiari (forme di sostegno economico, supporto continuativo, coinvolgimento nella progettazione degli interventi). Le politiche per rispondere a tale priorità sono:

1. lo sviluppo di gruppi di Auto Aiuto per utenti e familiari, mediante la formazione e l'attivazione di gruppi ad hoc;
2. il coinvolgimento dell'Associazionismo (ad es. Associazione per la Salute Mentale "La Calamita" ONLUS), con protocollo tra DSM e Associazione per il sostegno di bisogni di base (ad es. tempo libero) e protezione della rete sociale;
3. l'aumento degli inserimenti lavorativi, attraverso protocolli e convenzioni tra DSM, E.L., Cooperative;

Un terzo aspetto di rilievo riguarda l'aumento del disagio mentale che interessa aree sempre più vaste della popolazione e con il quale veniamo in contatto, come servizio, con una parte soltanto quella occasionalmente emergente, del problema. Questo richiede una priorità incentrata sul miglioramento della capacità complessiva di riconoscere e trattare il disagio mentale (ad es. da parte della medicina e dei servizi di base, ma anche attraverso la diffusione di interventi basati sulle evidenze); una migliore accessibilità dei servizi territoriali e una maggiore informazione alla popolazione sulla curabilità e sulle risposte possibili a tale disagio. Le politiche individuate per rispondere a tale priorità sono:

1. la formazione per Medici di Base ed altri operatori, mediante un protocollo comune di formazione tra DSM, Medici di Base e Distretto;
2. una migliore informazione per utenti, familiari e popolazione, attraverso interventi informativi ed educativi in collaborazione tra DSM, Dipartimento Prevenzione, Distretto;
3. la valutazione dei bisogni di utenti e familiari, come ricerca-azione utilizzando strumenti standardizzati per una valutazione condivisa;

Le sfide per i servizi sono legate all'intervento in una società pervasa dall'idea di crisi, segnata dalla perdita della capacità di investire nei legami sociali come risorsa per fronteggiare le inevitabili difficoltà. Si riscontra sempre più forte una delega e un'attesa della risoluzione specialistica dei problemi più diversi rivolta ai servizi.

Il compito dunque non è tanto eliminare i problemi assumendosene una magica (quanto impossibile) competenza risolutiva, quanto sostenere e facilitare la ricerca quotidiana delle migliori composizioni di equilibrio tra istanze soggettive e risorse dell'ambiente.

Nella società della vulnerabilità non c'è più una soluzione già pronta, universale, ma possono esserci azioni "qui ed ora", che aprono o chiudono delle prospettive, che preparano la strada per altri eventi, che aumentano o restringono il "range" delle cose raggiungibili.

L'impianto organizzativo, orientato alla presa in carico e all'erogazione dei servizi, ha bisogno di essere ripensato in una prospettiva di sostegno e di accompagnamento, per affrontare in modo unitario i problemi differenziati e complessi dei cittadini. Perciò serve consolidare un sistema integrato di risposte che assegni un protagonismo centrale alle famiglie e ai cittadini singoli od organizzati, quali assi portanti di un sistema di servizi rinnovato, che potremmo chiamare un sistema delle opportunità.

Il rischio è che il servizio debba occuparsi solo della gravità, mentre oggi dobbiamo rappresentarci un ambito di lavoro non solo finalizzato alla presa in carico anche a lungo termine, ma all'accompagnamento, nella logica dell'ascolto, della messa a fuoco dei problemi, dell'accompagnamento alle scelte, tenendo conto della famiglia e della rete di relazioni come luoghi privilegiati di interesse.

In tale cornice, è dunque importante rimettere al centro la persona come portatrice di esperienze e sentimenti, come costruttrice di relazioni e come depositaria della capacità di creare legami forti, gli unici che possono sostenere nei percorsi di vita e alleggerirne le criticità.

Mettere al centro la persona, significa essere e investire laddove essi vivono e lavorano, attraverso la costruzione di legami solidali, per stare nella complessità del sistema. Inoltre, mettere al centro territorio e famiglia come due dimensioni che possono riconnettere le appartenenze e le identità.

Tale principio orientativo impone che prima della risposta o dell'intervento, si debba porre nel cuore del sistema la persona con la propria dignità e il diritto a rimanere nella propria comunità a contatto con le proprie reti familiari e sociali. "La persona nel cuore del sistema", significa che essa non è più solo

oggetto di prestazioni e di risposte, ma è soggetto che sceglie, partecipa e decide allo sviluppo del proprio progetto di vita e di integrazione sociale.

Un punto di riferimento è la valorizzazione della persona, della famiglia e delle formazioni sociali secondo il principio di sussidiarietà orizzontale, in base al quale viene riconosciuta e sostenuta l'iniziativa di tali formazioni finalizzate al bene comune, alla corresponsabilità in un'ottica di community care.

Tale approccio sottolinea l'importanza di una valorizzazione del lavoro territoriale, di un dialogo con il contesto sociale, del rapporto con le risorse e le potenzialità presenti, nella logica della connessione e dello sviluppo di comunità per produrre forti livelli di integrazione, per promuovere e alimentare legami sociali. Pertanto :

- per ogni tipo di problema l'accesso è al sistema DSM che garantisce, oltre all'eventuale presa in carico, anche una funzione di orientamento e accompagnamento;
- ai cittadini vengono date risposte progettuali e sistemiche che valorizzano le loro capacità anche attraverso lo sviluppo di legami sociali;
- il DSM promuove progetti di sviluppo di comunità e fa progetti di promozione/prevenzione rivolti alla normalità e non solo al disagio o basati sull'emergenza;
- il DSM mette in comunicazione le diverse risorse del territorio e , utilizzando le potenzialità presenti, fa lavoro di rete;
- il DSM è un osservatorio permanente del territorio di riferimento;

Ciò richiede scelte orientate ad un'organizzazione dei servizi funzionale non solo alla risoluzione delle emergenze, ma soprattutto allo sviluppo di relazioni sociali sul territorio in un'ottica di prevenzione e di promozione di una qualità della vita migliore per tutti.

4. LE SCELTE

introduzione

In questo capitolo vengono riportati, nella forma logica e grafica del diagramma proposto dalla delibera regionale come metodo di lavoro, i passaggi logici compiuti dai gruppi di lavoro per area.

Lo scopo del processo compiuto dai gruppi è stato far emergere elementi di riflessione utili al fine di poter compiere delle scelte politiche che si traducano in:

- oggetti di lavoro professionale,
- in metodi di gestione delle risorse,
- organizzazione.

Pertanto, per ogni area, sono state individuate le priorità e la forma operativa attraverso la quale queste priorità si concretizzano: unità di offerta, insieme complesso di prestazioni o progetto.

4. priorità Per Area

4.1 Anziani (Residenzialità – Domiciliarità - Disabilità)

AREA D'INTERVENTO: ANZIANI			
Priorità	Politiche	azioni	Unità di erogazione
1 – Facilitazione dell'accesso alla rete dei servizi	1.1. Favorire l'orientamento e l'accompagnamento dei cittadini all'utilizzo della rete dei servizi riservata all'anziano sia autosufficiente che non autosufficiente.	P18.Adesione alla progettualità riguardante lo Sportello unico integrato (vedi Piano Locale per la non autosufficienza)	1. A.U.L.S.S. N. 21 LEGNAGO
	1.2. Ricomporre la frammentazione dei servizi e delle risorse afferenti al sistema della domiciliarità e della residenzialità.		
	1.3. Messa in rete di tutte le risorse della comunità locale, le associazioni di volontariato e altre forme di partecipazione sociale al fine di integrare i servizi erogati e realizzare specifiche iniziative progettuali che implementano e completano l'offerta di servizi in risposta ai bisogni delle persone.		
	1.4. Raccolta e studio della domanda e dei bisogni che provengono dal territorio (Osservatorio della domanda) in modo da interagire con il sistema informativo della Regione e per monitorare la programmazione locale.		
2 – Favorire la domiciliarità per contrastare i processi di istituzionalizzazione	2.1. Supportare la famiglia nelle necessità di assistenza alla persona non autosufficiente attraverso: Interventi economici	P26 <ul style="list-style-type: none"> • Assegno di cura • Intervento straordinario in situazioni di emergenza 	A.U.L.S.S. COMUNI con accordo di programma
.	2.2.A Integrazione tra Centri di Servizio e Aulss per interventi a domicilio:	C05 Assistenza domiciliare integrata <ul style="list-style-type: none"> ✓ prelievi a domicilio ✓ interventi di FKT finalizzati al rientro al domicilio di assistiti con recenti fratture o ictus ✓ supporto all'ADI nel trattamento delle lesioni da pressione 	C.R. S.Biagio Bovolone C.R. Carrirolo Castagnaro Ist. Anziani De Battisti Cerea OASI Del Vecchio Gazzo V.se Opera Pia Ferrari Isola Rizza C.R. Legnago Pia Opera Ciccarelli C.A. Manzoni Minerbe C.R. S. Michele Nogara Fond. Zanetti Oppeano (anche per Comune di Palù) C.R. Baldo Ipp. Ronco all'A. C.R. Gobetti S.P. Morubio C.S. Sanguinetto C.R. Gasparini Villabartolomea OASI Zevio Comune Sorgà (Punto prelievi)

	2.2. B.Integrazione tra Centri di Servizio e Comuni per interventi a domicilio come supporto al SAD. Gli interventi domiciliari dovranno essere sempre garantiti anche in associazione fra centri di servizio	C04 assistenza domiciliare ✓ C34 pasti ✓ lavanderia ✓ igiene personale ✓ igiene della casa ✓ P03 aiuto nel disbrigo pratiche	C.R. S.Biagio Bovolone C.R. Carrirolo Castagnaro Ist. Anziani De Battisti Cerea OASI Del Vecchio Gazzo V.se Opera Pia Ferrari Isola Rizza C.R. Legnago Pia Opera Ciccarelli C.A. Manzoni Minerbe C.R. S. Michele Nogara Fond. Zanetti Oppeano (anche per Comune di Palù) C.R. Baldo Ipp. Ronco all'A. C.R. Gobetti S.P. Morubio C.S. Sanguinetto C.R. Gasparini Villabartolomea OASI Zevio Ass. Buon Samaritano Bovolone Comune Sorgà (pasti a domicilio). Comune di Sanguinetto Ass.Piccola Fraternità di Porto di Legnago
	2.2.C.Servizi di supporto alla persona all'interno dei Centri di Servizio	Bagno assistito Igiene personale C17 Mensa Serv. Inferm. Podologo Dietologo Logopedista Fisiatra Psicologo Parrucchiere C46Soggiorni climatici	C.R. S.Biagio Bovolone Ist. Anziani De Battisti Cerea C.R. Legnago Pia Opera Ciccarelli C.A. Manzoni Minerbe Fond. Zanetti Oppeano C.R. Baldo Ipp. Ronco all'A. C.R. Gobetti S.P. Morubio
	2.3. Sostegno alle famiglie attraverso ricoveri temporanei in Centri di Servizio.	P52 Supporto alla famiglia. Posti letto per ricoveri temporanei a rilievo sanitario valutati in UVMD con inserimento in graduatoria unica e con precedenza rispetto a chi necessita di lungo assistenza (max 2,5% delle impegnative complessive autorizzate dalla Regione Veneto)	C.R. S.Biagio Bovolone C.R. Carrirolo Castagnaro OASI Del Vecchio Gazzo V.se Opera Pia Ferrari Isola Rizza C.R. Legnago Pia Opera Ciccarelli C.A. Manzoni Minerbe C.R. S. Michele Nogara Fond. Zanetti Oppeano C.S. Sanguinetto C.R. Gobetti S.P. Morubio C.R. Gasparini Villabartolomea OASI Zevio
	2.4. Sostegno alle famiglie attraverso interventi di sollievo per emergenza o programmati a carattere temporaneo.	P52. Supporto alla famiglia. Interventi di sollievo progettati in forte raccordo con i Centri di Servizio. Le accoglienze temporanee programmabili e quelle in situazione di emergenza sono motivate da impedimenti temporanei della persona di riferimento a livello familiare, oppure in situazioni che pregiudichino lo stato di autonomia funzionale dell'anziano solo. Sulla base del finanziamento per il sollievo si possono individuare l'equivalente di n. 15 posti annui per i ricoveri brevi di 30/60 gg..	C.R. S.Biagio Bovolone C.R. Carrirolo Castagnaro OASI Del Vecchio Gazzo V.se Opera Pia Ferrari Isola Rizza C.R. Legnago Pia Opera Ciccarelli C.A. Manzoni Minerbe C.R. S. Michele Nogara Fond. Zanetti Oppeano C.S. Sanguinetto C.R. Gobetti S.P. Morubio C.R. Gasparini Villabartolomea OASI Zevio
3 – Implementare la Residenzialità extraospedaliera	3.1. Aumento e redistribuzione dei posti letto di nRSA a ricovero temporaneo di 24 letti RSA.	U25 nRSA a lunga permanenza (Unità di offerta per persone anziane non	C.R. S.Biagio Bovolone Ist. Anziani De Battisti Cerea OASI Del Vecchio Gazzo

		autosufficienti con maggior bisogno assistenziale).	V.se C.R. Legnago Pia Opera Ciccarelli C.A. Manzoni Minerbe Fond. Zanetti Oppeano C.R. Gasparini Villabartolomea OASI Zevio
	3.2. Apertura di nRSA a ricovero temporaneo di 24 letti (di cui 10 a disposizione dell'Aulss per dimissioni ospedaliere) utilizzabili da Luglio 2008 progettata presso l'ex struttura ospedaliera di Nogara.	U21 nRSA a ricovero temporaneo di 24 letti	C.R. S. Michele Nogara
	3.3. Attivazione di almeno 6 posti di Hospice.	U20 6 posti di Hospice extraospedaliero per malati terminali.	C.R. S. Biagio Bovolone C.R. Legnago C.R. S. Michele Nogara
	3.4. Aumento e redistribuzione di posti letto per malati di Alzheimer.	U35 Sezione SAPA	C.R. Legnago C.R. Gasparini Villabartolomea OASI Zevio
	3.5. Apertura di strutture residenziali per persone prevalentemente autosufficienti o in situazione di emarginazione.	U09 Comunità Alloggio per anziani autosufficienti	Fondazione Madonna di Lourdes Cerea
4 - Implementazione della Semiresidenzialità extraospedaliera	4.1. Favorire l'apertura di Centri Diurni per anziani non autosufficienti, dei quali almeno uno per malati di Alzheimer, Tali strutture devono rispondere a bisogni: <ul style="list-style-type: none"> ✓ sanitari, ✓ riabilitativi (FKT, musicoterapica, Pet Therapy) ✓ di sollievo (anche notturno) 	U06 Centri Diurni per anziani non autosufficienti (n. 78 posti)	Ist. Anziani De Battisti Cerea OASI Del Vecchio Gazzo V.se Opera Pia Ferrari Isola Rizza C.R. Legnago Pia Opera Ciccarelli C.A. Manzoni Minerbe C.R. S. Michele Nogara Fond. Zanetti Oppeano C.R. Baldo Ipp. Ronco all'A. C.R. Gobetti S.P. Morubio C.S. Sanguinetto C.R. Gasparini Villabartolomea OASI Zevio Comune di Palù Parrocchia Nichesola Fraz. Terrazzo Coop. Soc. Emmanuel Bovolone (C.D. per disabili anziani)
	4.2. Favorire l'apertura di Centri di Aggregazione per anziani autosufficienti	U05 Centro Diurno per anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti C10 Centri di Aggregazione per anziani autosufficienti Musicoterapica Pet Therapy Animazione e attività ricreative	C.R. Carrirolo Castagnaro OASI Del Vecchio Gazzo V.se Opera Pia Ferrari Isola Rizza C.R. Legnago Fond. Zanetti Oppeano C.R. Baldo Ipp. Ronco all'A. C.R. Gobetti S.P. Morubio C.R. Gasparini Villabartolomea OASI Zevio. Comune di Palù Parrocchia Nichesola Fraz. Terrazzo. Coop. Soc. Emmanuel. Bovolone (C.D. per disabili anziani).
5 - Individuazione delle problematiche sociali emergenti attraverso una lettura partecipata tra istituzioni e privato sociale	5.1. Individuazione degli anziani a rischio attraverso uno studio dei dati demografici di ogni comune: <ul style="list-style-type: none"> ✓ persone >65 anni e > 75 anni soli o con coniuge, affetti da gravi patologie ✓ erogazione di servizi quali: <ul style="list-style-type: none"> • telesoccorso/telecontrollo • ADI/SAD 		
	5.2. Favorire lo sviluppo di attività culturali per	P56. sviluppo della rete	1. Centro Soc. Anziani con

	la 3° età, attraverso il sostegno e la valorizzazione dell' associazionismo	C39 servizio trasporto P19 favorire l' aggregazione	bocciofilo comune di Ronco all' Adige. 2. Progetto Filo d' Argento-Accompagnamento AUSER Volontariato Veneto Legnago. 3. Orti per Anziani Comune di Legnago. 4. Caffè Alzheimer Comune di Legnago, AUSER Legnago, AFMA Verona. 5. Ass. Buon Samaritano Bovolone. 6. Ass.Volontaria per la terza età AVET Legnago. 7. Fond. Zanetti Oppeano (Univers. 3° età). 8. C.R. Gasparini Villabartolomea(servizio trasporto). 9. C.R. Gobetti S.P. Morubio(Università della Terza Età). 10. Cittadinanza Attiva Tribunale per i diritti del malato e dell' anziano sede di Oppeano(trasporto).
	5.3. Promuovere programmi di formazione e di educazione alla salute	P20 formazione operatori formali, Assistenti famigliari. P21 formazione operatori informali/figure educative. P48 promozione alla salute. P47 promozione alla partecipazione.	1. Banca del Tempo dei Volontari formali per assistenza agli ammalati di Alzheimer-A.F.M.A. Verona. 2. Formazione volontari per ammalati di Alzheimer A.F.M.A. Verona. 3. Progetto Accoglienza ed Informazione fruitori ospedale di Legnago-Cittadinanza Attiva Tribunale per i diritti del malato e dell' anziano sede di Legnago. 4.Progetto anziani e strumenti di comunicazione-circolo sociale e culturale L' incontro sede di Legnago. 5. Pia Opera Ciccarelli C.A. Manzoni Minerbe

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) **ANZIANI**

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n° 2.3

Azione n° 1/P52

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Supporto alla famiglia: Posti letto per ricoveri temporanei a rilievo sanitario valutati in UVMD con inserimento in graduatoria unica e con precedenza rispetto a chi necessita di lungo assistenza (max 2,5% delle impegnative complessive autorizzate dalla Regione Veneto)	P52	12

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	40
2008	40
2009	40

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

da definire da parte della conferenza dei sindaci.

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. persone anziane e non seguite a domicilio e che per aggravamento necessitano di interventi sanitari e/o riabilitativi all'interno di strutture residenziali	1. soddisfazione del bisogno facilitando il successivo ritorno della persona al suo domicilio, alleviando il carico assistenziale della famiglia
2. persone anziane e non ricoverate in ospedale e che per facilitare le dimissioni protette necessitano di interventi sanitari e/o riabilitativi in struttura	1. diminuzione dei giorni di ricovero ospedaliero e facilitare il successivo ritorno della persona al suo domicilio

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) **ANZIANI**

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n° 2.4

Azione n° 2/P52

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Supporto alla famiglia: Accoglienze temporanee programmabili e in situazione di emergenza motivate da impedimenti temporanei della persona di riferimento a livello familiare, o in situazioni che pregiudichino lo stato di autonomia funzionale dell'anziano solo	P52	12

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	45
2008	45
2009	45

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

da definire da parte della conferenza dei sindaci.

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. persone anziane e non che per impedimento temporaneo della persona di riferimento familiare o per un'urgenza socio-sanitaria dell'anziano solo, devono essere accolte in strutture residenziali.	1. soddisfazione del bisogno di emergenza non programmabile

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) **ANZIANI**

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n° 2.2.A

Azione n° 1/C05

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Assistenza domiciliare integrata: <ul style="list-style-type: none"> • prelievi a domicilio • interventi di FKT finalizzati al rientro al domicilio di persone con recenti fratture o ictus • trattamento lesioni da pressione 	C05	15

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

Anno	In base alle richieste
2007	
2008	
2009	

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

da definire da parte della conferenza dei sindaci.

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. anziani non autosufficienti e anziani "fragili" a rischio di compromissione dell'autosufficienza, inseriti nel proprio domicilio	1. evitare/ritardare l'istituzionalizzazione dell'anziano

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) **ANZIANI**

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n° 2.2.B

Azione n° 1/C04

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Assistenza domiciliare: <ul style="list-style-type: none"> • pasti a domicilio • lavanderia • igiene personale • igiene della casa • aiuto nel disbrigo pratiche 	C04 C34 P03	17

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

Anno	In base alle richieste
2007	
2008	
2009	

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

da definire da parte della conferenza dei sindaci.

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. anziani non autosufficienti e anziani "fragili" a rischio di compromissione dell'autosufficienza, inseriti nel proprio domicilio	1. favorire la domiciliarità

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) **ANZIANI**

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n° 3.1

Azione n° 1/U25

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Nucleo RSA a lunga permanenza (unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale)	U25	8

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	150
2008	150
2009	150

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

da definire da parte della conferenza dei sindaci.

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. persone di norma anziane in condizioni di non autosufficienza non assistibili a domicilio, secondo lo specifico profilo assistenziale individuato dalla UVMD	1. garantire un adeguato livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera, coerente ai bisogni e alle richieste

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) **ANZIANI**

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n° 3.2

Azione n° 1/U21

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Nucleo RSA a ricovero temporaneo n. 24 P.L.	U21	1

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	24
2008	24
2009	24

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

da definire da parte della conferenza dei sindaci.

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
persone di norma anziane in condizioni di non autosufficienza temporaneamente non assistibili a domicilio, secondo lo specifico profilo assistenziale individuato dalla UVMD (prevalentemente in dimissione ospedaliera)	1. soddisfazione del bisogno sanitario e/riabilitativo, facilitando il successivo ritorno della persona al suo domicilio 2. diminuzione dei giorni di ricovero ospedaliero e facilitare il successivo ritorno della persona al suo domicilio

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) **ANZIANI**

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n° 4.1

Azione n° 1/U06

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Centri Diurni per anziani non autosufficienti dei quali almeno uno per malati di Alzheimer	U06	15

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	
2008	115
2009	115

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

da definire da parte della conferenza dei sindaci.

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. persone anziane non autosufficienti così definiti sulla base dei diversi profili di autonomia, residenti presso il proprio domicilio	1. Ritardare l'istituzionalizzazione e il decadimento psico fisico dell'anziano, fornire sostegno e supporto alle persone anziane non autosufficienti e/ alle loro famiglie

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) **ANZIANI**

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n° 4.2

Azione n° 1/U05

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Centri di aggregazione per anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti	U05 C10	12

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	In base alle richieste per un max di 250 persone
2008	In base alle richieste per un max di 250 persone
2009	In base alle richieste per un max di 250 persone

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

da definire da parte della conferenza dei sindaci.

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti	1. mantenimento, inserimento e reinserimento nella vita sociale dell'anziano; evitare l'inabilità o l'apatia attraverso una riabilitazione fisica, psicologica e sociale.

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) ANZIANI

Azione n° 3.1.

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
RSA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	U25	02

1b. Unità di erogazione n° ____

Nome	Comune/i di locazione
Centro residenziale CHERUBINA MANZONI	MINERBE

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:

2007	0
2008	0
2009	24

3. Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Fondazione PIA OPERA CICCARELLI ONLUS	X	<input type="checkbox"/>	X	X
Azienda Ulss 21	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€	€	€	€
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€	€	€	€
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati CARIVERONA	€	€ 325.000,00	€	€ 325.000,00
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Altro (specificare) FONDI PROPRI	€	€1.000.000,00	€1.000.000,00	€2.000.000,00
Totali=	€	€1.325.000,00	€1.000.000,00	€2.325.000,00

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) ANZIANI

Azione n° 4.1

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
CENTRO DIURNO PER NON AUTOSUFFICIENTI	U06	0

1b. Unità di erogazione n° ____

Nome	Comune/i di locazione
Centro residenziale CHERUBINA MANZONI	MINERBE

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:

2007	0
2008	10
2009	10

3. Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Fondazione PIA OPERA CICCARELLI ONLUS	X	<input type="checkbox"/>	X	X
Azienda Ulss 21	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€	€	€	€
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€	€	€	€
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Altro (specificare) FONDI PROPRI	€	€100.000,00	€	€100.000,00
Totali=	€	€100.000,00	€	€100.000,00

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE

Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) ANZIANI

Azione n° 2.2B

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
ASSISTENZA DOMICILIARE	C04	

1b. Unità di erogazione n° ____

Nome	Comune/i di locazione
Centro residenziale CHERUBINA MANZONI	MINERBE

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:

2007	5
2008	10
2009	20

3. Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Fondazione PIA OPERA CICCARELLI ONLUS	X	<input type="checkbox"/>	X	X
Azienda Ulss 21	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€	€	€	€
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€	€	€	€
Utenti	€10.000,00	€20.000,00	€40.000,00	€70.000,00
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Altro (specificare)	€			
Totali=	€10.000,00	€20.000,00	€40.000,00	€70.000,00

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE

 Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) ANZIANI

Azione n° 2.2A

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	C05	

1b. Unità di erogazione n° ____

Nome	Comune/i di locazione
Centro residenziale CHERUBINA MANZONI	MINERBE

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:

2007	4
2008	8
2009	12

3. Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Fondazione PIA OPERA CICCARELLI ONLUS	X	<input type="checkbox"/>	X	X
Azienda Ulss 21	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€	€	€	€
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€	€	€	€
Utenti	€1.000,00	€2.000,00	€4.000,00	€7.000,00
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Totali=	€1.000,00	€2.000,00	€4.000,00	€7.000,00

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE

Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) ANZIANI

Azione n° 2.2C

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
PASTI DOMICILIARI	C34	

1b. Unità di erogazione n° ____

Nome	Comune/i di locazione
Centro residenziale CHERUBINA MANZONI	MINERBE

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:

2007	10
2008	20
2009	30

3. Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Fondazione PIA OPERA CICCARELLI ONLUS	X	<input type="checkbox"/>	X	X
Azienda Ulss 21	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€	€	€	€
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€	€	€	€
Utenti	€2.500,00	€5.000,00	€7.500,00	€15.000,00
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Altro (specificare)	€			
Totali=	€2.500,00	€5.000,00	€7.500,00	€15.000,00

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE

Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) ANZIANI

Azione n° 3.1, 3.4 4.2 4.1

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
HRSA residenza sanitaria assistenziale comprensiva di NRSA (nucleo di intensità media)	U25 "	24 n.a (1 Nucleo)
Sezione SAPA - alta protezione alzheimer	U35	6 n.a.
Centro diurno	U05 "	Autosufficienti
Centro diurno per anziani non autosufficienti	U06 "	10 n.a.
Nome	Comune/i di locazione	
CASA DI RIPOSO DI VILLABARTOLOMEA	VILLABARTOLOMEA	

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:

2007	69
2008	88
2009	98

3. Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione

Elenco enti/organizzazioni	Titolarietà	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
C.R. VILLABARTOLOMEA "M. GASPARINI"	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMUNE di VillaBartolomea	X <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ULSS 21 di Legnago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>
Fondazione Cariverona	<input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione Veneto – Direzione Servizi sociali	€650.000,00	€650.000,00	€650.000,00	€1.950.000,00
Comuni	€	€	€	€-
Aulss	€	€	€	€-
Utenti	€	€	€	€-
Altri contributi finalizzati (project financing)	€	€1.250.000,00	€1.500.000,00	€2.750.000,00
Altre istituzioni coinvolte (Fondazione C.R.)	€550.000,00	€-	€500.000,00	€1.050.000,00
Altro (specificare) VENDITA Parte di immobile attuale Comune di VillaBartolomea	€		€1.500.000,00	€1.500.000,00
Altro (specificare) VENDITA TERRENI Comune di VillaBartolomea		€900.000,00	€900.000,00	€1.800.000,00
Totali=	€	€	€	€9.050.000,00

4.2 Area Disabili – Giovani (Residenzialità – Domiciliarità)

Priorità	Politiche	Azioni	Unità di erogazione e progetti
1)Facilitazione dell'accesso alla rete dei servizi	1.1 Favorire l'orientamento e l'accompagnamento dei cittadini con disabilità e/o loro famiglie all'utilizzo dei servizi e degli interventi sociali e socio -assistenziali	SPORTELLO UNICO INTEGRATO	AULSS 21 <i>Sportello unico integrato</i> ANMIC <i>Sportello unico</i>
	1.2 Ricomporre la frammentazione dei servizi e delle risorse destinate alle persone disabili e alle loro famiglie		

2) Favorire la domiciliarità per contrastare i processi di istituzionalizzazione	2.1 Implementazione e/o attivazione dei centri servizi	P 11 Cura e Riabilitazione (attività motoria, fisioterapia, psicomotricità, pet therapy) P 28 Progetti di Integrazione Sociale P 29 Laboratori P 52 Supporto alla famiglia (servizi sollievo) C 04 Assistenza domiciliare C 13 Gruppo di auto aiuto C 34 Servizio consegna pasti a domicilio C 39 Trasporto C 46 Servizio di soggiorni climatici P 57 Sviluppo della vita autonoma e relazionale P 59 Sviluppo domiciliarità	Coop. Don Righetti - <i>Attività ludico motoria e animazione</i> - <i>Prestazioni infermieristiche in sede</i> - <i>Fisioterapia</i> - <i>Psicomotricità</i> - <i>Consulenza psicologica</i> - <i>Soggiorno estivo e pellegrinaggi</i> - <i>Uscite ricreative e partecipazione ad iniziative territoriali</i> Associazione Gabbia-No - <i>Condivisione di vita quotidiana-convivenza solidale</i> Associazione Piccola Fraternalità Porto - <i>Progetto Piazza</i> Fase 2 : <i>locanda</i> Fase 3 : <i>laboratorio occupazionale</i> Fase 3 Bis : <i>laboratorio espressivo</i> Fase 4 : <i>rete – assistenza domiciliare</i> Soggiorni climatici Cooperativa Sociale Il Focolare - <i>Ri-proviamoci</i> Associazione San Martino - <i>...In movimento</i> - <i>Attività natatoria</i> - <i>Progetto di assistenza domiciliare</i> - <i>Attività di psicomotricità</i> Progetto sollievo diurno Fondazione Marcello Zanetti - <i>Sollievo per disabili</i> - <i>Servizio di riabilitazione motoria e fisioterapica</i> - <i>Pronta accoglienza diurna: implementazione centro diurno</i> - <i>Implementazione centro diurno con apertura prolungata nell'anno e nella giornata</i> - <i>Pet therapy per disabili esterni al centro diurno</i> - <i>Attività ricreative per disabili</i> - <i>Somministrazione farmaci centro disabili</i> Cooperativa Sociale Emmanuel - <i>Progetto vita indipendente</i> Servizio domiciliare assistenziale - <i>educativo</i> - <i>Progetto sollievo diurno</i> - <i>Progetto attività motoria</i> - <i>Servizio soggiorni climatici</i> - <i>Progetto agenzia per l'integrazione sociale a Bonavicina</i> - <i>Progetto agenzia per l'integrazione sociale a Legnago</i> Cooperativa Sociale Anderlini - <i>Servizio trasporti</i> - <i>Progetto movimentando</i> - <i>Interventi di sollievo</i> - <i>Soggiorni estivi</i> CSI
	2.2 Sostegno alle famiglie attraverso forme differenziate di interventi	C 13 Gruppo di auto aiuto P 52 Supporto alla famiglia (servizi sollievo)	Cooperativa Emmanuel - <i>Progetto costituzione gruppo auto mutuo aiuto " Emmanuel "</i> Coop. Don Righetti - <i>Servizio sollievo diurno e notturno</i> Ass. San Martino - <i>Progetto sollievo residenziale</i>

	2.3 Promozione delle reti solidaristiche	- P 47 Promozione della partecipazione P 20 Formazione operatori volontari formali	AULSS 21 - <i>Coordinamento delle realtà di auto mutuo aiuto del territorio AULSS 21</i> - <i>Bando per la promozione di progetti delle reti solidaristiche e della comunità</i> Fondazione Futuro Insieme - <i>Corso formativo "L'amministratore di sostegno:dalla legge alla persona A.F.M.A. - Banca del tempo dei volontari formali per assistenza agli ammalati di Alzheimer (ad insorgenza presenile)</i>
3) Favorire processi di autodeterminazione e di vita indipendente	3.1 Sviluppo di politiche del lavoro	P 24 Inserimento lavorativo	AULSS,PROVINCIA, FONDAZIONE CARIVERONA - Percorsi alla persona. La rete come strumento di sussidiarietà orizzontale nei percorsi di riqualificazione delle persone svantaggiate SIL,CENTRO PER L'IMPIEGO E LA FONDAZIONE CARIVERONA - <i>Progetto sperimentale decentramento di alcune attività svolte a livello centrale nel centro per l'impiego di Legnago</i>
	3.1 Sviluppo di politiche a sostegno del tempo libero 3.2 Sviluppo politiche istruzione e fomazione	P 29 Laboratori, attività teatrali, ludico sportive..... P 28 Integrazione sociale P 22 Gestione coordinata di spazi per iniziative educative ludiche aggregative P27 Centro Educativo per l'integrazione scolastica	Piccola Fraternità Porto - <i>Progetto Piazza: fase 1 : tempo libero</i> AULSS,Provincia,Comuni,CSI - <i>Progetto handicap e sport</i> Piccola Fraternità Bovolone - <i>Giovani per i giovani</i> Ass. Mani Amiche - <i>Laboratorio di danza</i> Atletica Legnago - <i>"Correre, saltare,lanciare"</i> ANMIC - <i></i> Sportello regionale, turismo per tutti
4) Implementare la residenzialità	4.1 Raggiungimento del numero posti di residenzialità previsto dagli standard regionali	- U 24 RSA Disabili - U 17 Comunità residenziale per disabili in situazioni di gravità - U 12 Comunità alloggio per persone con disabilità	Coop. Sociale Don Rigetti - <i>Comunità alloggio</i> RSA Zanetti <i>ompletamento struttura nucleo di RSA per disabili</i> <i>assegnazione di numero 10 quote di rilievo sanitario a territorio</i> Coop. Emmanuel - <i>Comunità residenziale per disabili in situazione di gravità a Zevio</i>
	4.2 Sviluppo di politiche abitative e di residenzialità innovative per le modalità di gestione	- C 02 Appartamento protetto o Gruppo appartamento	Comune di Legnago, Ater, Coop. Sociale, Fondazione Futuro Insieme, aulss 21 - <i>Progetto residenza integrata</i> Fondazione Futuro Insieme - <i>Condominio solidale</i> Coop. Sociale Emmanuel - <i>Progetto Gabriele gruppo appartamento</i>

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE
Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) __ Disabili _____

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n°_1.1 1.2 ____

Tipo di Azione

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Sportello Integrato		2

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	1200 circa (0-64 anni)
2008	+ % disabilità acquisita
2009	

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€	€	€	€
Comuni	€	€	€	€10.000
Aulss	€	€	€	€10.000
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€2000
Altro (specificare)	€	€	€	€
Totali=	€	€	€	€

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. popolazione disabile in età evolutiva e adulta e loro famiglie	1.1 Facilitazione dell'informazione per l'accesso ai servizi di tutta la popolazione 1.2 Semplificazione e adeguatezza dei percorsi
2. persone con disabilità acquisita	2. 1. Facilitazione dell'informazione per l'accesso ai servizi di tutta la popolazione 2.2 Semplificazione e adeguatezza dei percorsi

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE
Area di Intervento: (riportare l' Area di Intervento) Disabili

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n°_2.1____

1. Tipo di Azione

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Implementazione e/o attivazione dei centri servizi (U07)	007	7

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	180
2008	220
2009	250

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€	€	€	€
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€	€	€	€
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Altro (specificare)	€	€	€	€
Totali=	€	€	€	€

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
Tale azione mira a trasformare le Cooperative e le Associazioni del Privato Sociale in centri servizi territoriali prevedendo una diversificazione di prestazioni offerte a favore di una più ampia popolazione di persone disabili attraverso forme di aggregazione delle stesse Cooperative. Questi servizi trovano la loro classificazione all'interno dei seguenti progetti e insiemi complessi di prestazioni (Icp):	
<ul style="list-style-type: none"> - P11 Cura e Riabilitazione (attività motoria, fisioterapia, psicomotricità, pet therapy) - P28 Progetti di Integrazione Sociale - P29 Laboratori - P52 Supporto alla famiglia (servizi sollievo) - C04 Assistenza domiciliare - C13 Gruppo di auto aiuto - C 34 Servizio consegna pasti a domicilio - C39 Trasporto - C46 Servizio di soggiorni climatici - P57 Sviluppo della vita autonoma e relazionale - P59 Sviluppo domiciliarità 	

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE
Area di Intervento: (riportare l'Area di Intervento) __Disabili_____

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n°_2.3__

Azione n° ____

Tipo di Azione

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Sviluppo della rete	P 56	3

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	20
2008	50
2009	80

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€	€	€	€
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€	€	€	€
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Altro (specificare)	€	€	€	€
Totali=	€	€	€	€

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1.	1.

N.B. solo per i progetti di sistema, al posto del punto 4. indicare gli obiettivi previsti (come miglioramento dell'offerta)

Questa azione è rivolta a promuovere :

- P 20 – P 21 Una formazione mirata agli operatori formali/informali (Amministratori di sostegno, volontari, facilitatori gruppi Ama ecc.) che operano nell'area della disabilità e che afferiscono al territorio dell'A.u.l.s.s 21

- P 47 Il coordinamento delle realtà del privato sociale e dei gruppi di mutuo aiuto (AMA)

- La promozione dei progetti delle reti solidaristiche e della comunità attraverso l'istituzione di bandi di concorso

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE
Area di Intervento: (riportare l'Area di Intervento) __Disabili_____

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n°_4.2__ Azione n° ____

Tipo di Azione

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Residenzialità integrata (leggera)		3

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	0
2008	0
2009	20

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€	€	€	€
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€	€	€	€
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Altro (specificare)	€	€	€	€
Totali=	€	€	€	€

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. Varie tipologie di disabilità	1. Attivazione di numero 15 progetti individuali volti a favorire percorsi di autonomia e di integrazione sociale

N.B. solo per i progetti di sistema, al posto del punto 4. indicare gli obiettivi previsti (come miglioramento dell'offerta)

Questa azione mira a ampliare forme diversificate di residenzialità in risposta ai diversi e molteplici bisogni delle persone con disabilità.

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE
Area di Intervento: DISABILI, Tossicodipendenti, Salute mentale

Politica di riferimento: (riportare il numero della politica relativamente alla quale si è realizzata questa Azione) n° 3.0

Azione n° 3.1.

 1. *Tipo di Azione* (riportare nome e il codice corrispondente dalla lista di classificazione **Udo/Icp/progetti**, se la fattispecie è ivi rinvenibile, altrimenti indicarne solo il nome; riportare poi il numero complessivo delle unità di erogazione di questo tipo presenti nel territorio Aulss)

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Inserimento lavorativo	P24	1

 1. *Unità di erogazione n°* 2_

Nome	Comune/i di locazione
2 P24 Progetto FONDAZIONE / SIL	Territorio Azienda Ulss 21

 2. *Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:*

2007	10
2008	23
2009	12

 3. *Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione*

Elenco enti/organizzazioni	Titolarietà	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Provincia VR	x	x		X
SIL		x	x	X
Dipartim. Dipendenze		x	x	X

 4. *Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione:*

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione				
Comuni				
Aulss	€ 56.800,00	€ 56.800,00	€ 56.800,00	€ 170.400,00
Utenti				
Altri contributi finalizzati				
Altre istituzioni coinvolte (prov. VR)	€ 19.166,67	€ 19.166,67	€ 19.166,67	€ 57.500,00
Altro Fondazione CaRIVR	€ 99.333,33	€ 99.333,33	€ 99.333,33	€ 298.000,00
Totali=	€ 175.300,00	€ 175.300,00	€ 175.300,00	€ 525.900,00

 4. *Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)*

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. disabili di cui alla legge 68/99	1. occupabilità e inserimento lavorativo di n. 45 persone svantaggiate
2. persone affette da dipendenza	2. riqualificazione delle Cooperative Sociali di tipoB
3. ex detenuti e persone sottoposte a misure alternative	.

4.3 Area INFANZIA – MINORI – FAMIGLIA – GIOVANI

 Area d'intervento **INFANZIA – MINORI – FAMIGLIA e GIOVANI**

Priorità	Politiche	Azioni	Codici	
1) ACCESSIBILITA' e FRUIBILITA' DEI SERVIZI PER LA FAMIGLIA	1.1 Distribuzione sul territorio e razionalizzazione dei Consultori Familiari	1.1.1 Potenziamento Aree/sedi (6 AREE/SEDI) ¹ con accordo Comuni- Pubblico /Privato – Struttura Rete 1.1.2 Formazione CONDIVISA 1.1.3 Orientamento e Consulenza familiare	U19/P56 P20 C102/P55	<u>Progetto 1.1.1</u> Progetto 1.1.2 <u>Progetto 1.1.3</u>
	1.2 Favorire la conoscenza dei diversi servizi per la Famiglia	1.2.1 Sportelli Informativi dedicati/ Informazione COORDINATA/ Web Point 1.2.2 Attivazione Carta dei Servizi in lingue diverse per ogni servizio presente sul territorio	C48/P18 P18	<u>Progetto 1.2.1</u> <u>Progetto 1.2.3</u> <u>Progetto 1.2.2</u>
2) SOSTEGNO ALLA NASCITA DELLA FAMIGLIA E DURANTE GLI EVENTI CRITICI	2.1 Favorire la consapevolezza dell'essere coppia e del ruolo sociale della famiglia	2.1.1 Corsi di preparazione al matrimonio religioso/civile 2.1.2 Attivazione di percorsi per conviventi	P52 P52	<u>Progetto 2.1.1</u> ?
	2.2 Favorire l'accesso alle risorse sociali lavorative, abitative ed economiche	2.2.1 Inserimento lavorativo 2.2.2 Integrazioni poss. Economiche(Prestiti d'onore/Sussidi) 2.2.3 Appartamenti/Case 2.2.4 Contrasto isolamento sociale	P24 P26 C19/P54 P08	Progetto Comuni da avere Realizzazione di progetti abitativi per giovani coppie <u>Progetto 2.2.4</u>
	2.3 Favorire e sostenere la neo- genitorialità	2.3.1 Creazione SPAZI MAMME e/o Luoghi incontri 2.3.1 b Spazio incontro 0-4 anni 2.3.1 a Progetto spazio mamme 2.3.2 Appartamenti protetti/semi protetti - e/o comunità + (particolare attenzione a donne in gravidanza) 2.3.3 Assistenza domiciliare all'infanzia 2.3.4 Sostegno alla maternità consapevole 2.3.5 Attività coordinata Ospedale – Territorio 2.3.5 Implementazione percorso nascita/Post parto 2.3.6 Fornire trasporto al fine di agevolare l'accessibilità ai servizi delle donne in gravidanza	C10/P19 P50 C02/P57 P50 P52 P56 P55 P14	<u>Progetto 2.3.1</u> <u>Progetto 2.3.1 b</u> <u>Progetto 2.3.1 a</u> <u>Progetto 2.3.2</u> <u>Progetto 2.3.3</u> <u>Progetto 2.3.4</u> <u>Progetto 2.3.5</u> <u>Progetto 2.3.6</u> <u>Progetto 2.3.7</u>
2.4 Immigrazione Integrazione Famiglie straniere	(vedere altro tavolo di lavoro su immigrazione)			
2.5 Conciliazione Tempi CURA LAVORO	2.5.1 Rete di strutture – servizi – famiglie 2.5.2 Rete di strutture – servizi – famiglie		P 58 P 50	<u>Progetto 2.5.1</u> <u>Progetto 2.5.2</u>

3 SOSTEGNO FAMIGLIA CONFLITTUALE e/o CRISI SEPARATIVE	3.1 Sostenere le relazioni familiari	3.1.1 Coinvolgimento Ass Genitori/Sportive/Scuole/Ass. Stranieri/Scuole/Parrocchie/Aziende etc... (Tessuto sociale)	P10	Progetto 3.1.1
	3.2 Contenimento conflitto	3.2.1 Creazione spazi e laboratori 3.2.2 Gruppi AMA 3.2.3 Mediazione Culturale	P30 C13 P28	<u>Progetto 3.2.1</u> confrontarsi con tavolo immigrazione
	3.3 Intervento di supporto nei momenti di BREAK-DOWN Familiare	3.3.1 Luoghi di pronta accoglienza per sistemazione Temporanea 3.3.2 Gruppi AMA 3.3.3 Sportello dedicato contro Violenza sulle donne 3.3.4 Gruppi di parola	U14/C02/C22 P02 (donne mamme) C13 P41 P58	<u>Progetto 3.3.1</u> Prog. Com. Legnago <u>Progetto 3.3.4</u>
	3.4 Sostegno genitorialità separative	3.4.1 Mediazione familiare 3.4.2 Gruppi AMA 3.4.3 Rete di strutture – servizi – famiglie (Progetto 2.5.1)	P52 C13 P53	<u>Progetto 3.4.1</u>
	3.5 Contenimento conflitto nelle coppie di separati con figli nei casi segnalati dal tribunale civile.	3.5.1 Costruire un protocollo d'intesa col tribunale civile per la presa in carico precoce delle situazioni. Incrementare e diversificare gli interventi a supporto degli aspetti genitoriali con approcci terapeutici individuali, di coppia e di gruppo		Progetto 3..5.1
4) SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' ADOTTIVA	4.1 Supporto alle famiglie nel periodo dell'attesa preadottiva	4.1.1 Gruppi di scambio esperienziale con conduzione e incontri a tema 4.1.2 Gruppi A.M.A. con facilitatore	P55 C13	<u>Progetto 4.1.1</u>
	4.2 Supporto alle famiglie nel periodo post-adoattivo	4.2.1 Gruppi di scambio esperienziale, con conduzione e incontri a tema 4.2.2 Gruppi A.M.A. con facilitatore 4.2.3 Laboratorio dedicato di Psicomotricità	P52 C13 P58	<u>Progetto 4.2.1</u> <u>Progetto 4.2.3</u>
5) FAMIGLIA CON FIGLI IN ETA' EVOLUTIVA	5.1 Favorire l'attivazione di servizi diversificati rivolti alla prima e seconda infanzia	5.1.1 Implementazione servizi offerti stabili e di qualità rapportati alle diverse necessità delle giovani famiglie e che sostengano la loro azione educativo	P 50 P 56	<u>Progetto 5.1.1</u>
		5.1.2 Coordinamento e co-progettazione tra pubblico e privato sociale (onlus-volontariato.)		Progetto 5.1.2
		5.1.3 Asilo nido aziendale 5.1.3 a Progetto TAGESMUTTER	U 08	Progetto 5.1.2 a Progetto 5.1.3 Progetto 5.1.3 a
	5.2 Sviluppo di reti territoriali informali	5.2.1 Attivare rete tra scuola Associazioni genitori Servizi socio-educativi Associazioni culturali –parrocchiali – sportive -del tempo libero 5.2.1 a Centro diurno minorenni 5.2.1 b Centro d'incontro per minori 5.2.1 c Progetto doposcuola 5.2.1 d Laboratori Creativi/Espressivi 5.2.1 e Progetto Bullismo	P 56	Progetto 5.2.1 Progetto 5.2.1 a Progetto 5.2.1 b Progetto 5.2.1 c Progetto 5.2.1 d Progetto 5.2.1 e
	5.3 Favorire e sostenere le diverse risorse delle famiglie	5.3.1 Attivazione di percorsi formativi dove i genitori siano soggetti attivi nel confronto/scambio esperienze e risorse 5.3.2 Sportello donna	C 13	Progetto 5.3.1 Progetto 5.3.2
5.4 Attivazione di politiche atte a Valorizzare/favorire le risorse degli adolescenti	5.4.1 Sostenere centri di aggregazione già esistenti e promozione di nuove opportunità 5.4.2 Creare canali unitari di orientamento per gli adolescenti al lavoro o ai vari percorsi universitari	C40 P23 C14	Progetto 5.4.1 Progetto 5.4.2	
5.5 Supporto alle famiglie con figli adolescenti ,in questa fase ambivalente di crescita dei figli	5.5.1 Sollecitare le consulte dello sport ad attivare incontri tra tecnici e le famiglie per sostenerle nell'azione educativa preventiva	P21 P45 P17	Progetto 5.5.1	

6) FAMIGLIA CON FIGLI GIOVANI-ADULTI	6.1 Sostenere e promuovere il ruolo attivo dei giovani	6.1.1 Ripristinare percorsi di coinvolgimento dei giovani per la costruzione di una identità sociale 6.1.1 a Progetto musica 6.1.1 b Mediazione scolastica 6.1.1 c Progetto giovani 6.1.2 Attivazione e promozione del volontariato sociale e del servizio civile volontario	C 40 P46 P47	Progetto 6.1.1 Progetto 6.1.1 a Progetto 6.1.1 b Progetto 6.1.1 c <u>Progetto 6.1.2</u>
	6.2. Attivazione di politiche per l'inserimento dei giovani nel lavoro	6.2.1 Implementazione sportello Informagiovani con particolare coinvolgimento delle imprese del territorio	P24	Progetto 5.4.2
7) CONTRASTO AL DISAGIO PSICHICO PER ETÀ DA 0 A 21 ANNI – INFANZIA ADOLESCENTI E GIOVANI	7.1 Incrementare significativamente e diversificare l'offerta dei servizi sociosanitari materno infantili, per l'età evolutiva, e per la Tutela Minori per la diagnosi precoce la presa in carico psico-terapeutica e gli interventi di contrasto	7.1.1 Aumentare in termini di ore /presenza le unità di psicologo, assistente sociale ed educatore nell' Unità operativa tutela minori; età evolutiva ,adolescenti,giovani; tutela famiglia e consultori familiari e gli specialisti N.P.I.	P07	<u>Progetto 7.1.1</u>
		7.1.2 costruire e attuare un Protocollo d'Intesa tra servizi sociosanitari pubblici per minori e il Servizio Psichiatrico;	P56	Progetto 7.1.4 Progetto 7.1.3
		7.1.3 aumentare il servizio educativo domiciliare e territoriale e sostegno psicologico di bambini/e, adolescenti e loro genitori,anche in situazioni di disagio non conclamato;	P 25	Progetto 7.1.4 Progetto 3.1.1
		7.1.4.costruire percorsi formativi-lavorativi diversificati per adolescenti e giovani, con borse lavoro e con l'attivazione di tavoli concertativi con aziende e loro associazioni;		Progetto 7.1.1 Progetto 7.1.7
7.2 Realizzare una rete adeguata di strutture residenziali e diurne terapeutiche, integrate, flessibili anche con modalità d'inserimento brevi;	7.2.1 attivare un'altra comunità socio- riabilitativa terapeutica per adolescenti;	7.2.1 attivare un centro diurno socio-riabilitativo terapeutico per adolescenti;	U 16?	
	7.2.2 attivare un centro diurno socio-riabilitativo terapeutico per adolescenti;	7.2.3 apertura di una struttura socio-riabilitativa terapeutica per minori 6/12 anni	C11 P11	<u>Progetto 7.2.2</u> Progetto 7.2.3
	7.3 Realizzare spazi di vita semiautonoma per adolescenti, anche come seconda fase dopo la comunità terapeutica;	7.3.1 attivazione di almeno tre appartamenti protetti per adolescenti per un totale di n. 12 posti; 7.3.2 Appartamento protetto	C02	Progetto 7.3.1 Progetto 7.3.2
8) EMERGENZA PSICHIATRICA IN ETA' ADOLESCENZIALE	8.1 Garantire ai preadolescenti, adolescenti e giovani nella fase acuta del disagio psichico interventi di cura sanitaria in ambiente ospedaliero specifico e adeguato all'età	8.1.1 Intesa tra, Dipartimento Salute Mentale, Pediatria, Dipartimento Distretto e apertura di uno specifico spazio di ricovero presso l'Ospedale di Legnago per AULSS 21, per preadolescenti, adolescenti e giovani, in fase acuta ed emergenze psichiatriche, per una gestione adeguata almeno di primo livello;	P 11	Progetto 8.1.1
9) SENSIBILIZZAZIONE ALLA GENITORIALITA' SOCIALE	9.1 Implementazione del numero di famiglie disponibili all'accoglienza e all'affido familiare con particolare attenzione all'accoglienza di minori stranieri e minori in età adolescenziale	9.1.1. Costruire ed attuare un protocollo d'intesa tra servizio pubblico e privato sociale con l'istituzione di un centro pubblico per gli affidi. 9.1.2 Incrementare e mettere in rete tutti gli interventi collegati alla divulgazione e alla sensibilizzazione del territorio rispetto all'affido familiare	C01	<u>Progetto 9.1.1</u> Progetto 9.1.2

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE
Area di Intervento: INFANZIA MINORI FAMIGLIA e GIOVANI

Politica di riferimento: 7 – Contrasto al disagio psichico da 0 a 21 anni Infanzia Adolescenza Giovani

Azione n° 7.1.1 e .3

Nome: Assistenza educativa domiciliare / territoriale	Codice: C 06 e P 07	Numero di unità di erogazione: 3
Progetto :Incremento , integrazione e diversificazione progetto "Tandem 21"		

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	200
2008	200
2009	200

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€202.686,00	€202.686,00	€202.686,00	€608.058,00
Comuni	€ 35.000,00	€ 35.000,00	€ 35.000,00	€105.000,00
Aulss	€ 15.000,00	€ 15.000,00	€ 15.000,00	€45.000,00
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Altro (specificare)	€	€	€	€
Totali=	€ 252.686,00	€ 252.686,00	€ 252.686,00	€758.058,00

* i finanziamenti 2008 e 2009 sono da riconfermare da parte della Regione.

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. Famiglie con situazioni di disagio	1. sostegno ai genitori 2. diagnosi precoce e presa in carico dei minori
2. Famiglie in situazioni anche di disagio non conclamato	1. sostegno ai genitori 2. diagnosi precoce e presa in carico dei minori

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE
Area di Intervento: INFANZIA MINORI FAMIGLIA GIOVANI

Politica di riferimento: 9 SENSIBILIZZAZIONE ALLA GENITORIALITA' SOCIALE

Azione n° 9.1.1 E 9.1.2

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' SOCIALE: INTERVENTI PER LO SVILUPPO DELL'AFFIDAMENTO FAMILIARE	C 01	1

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	47
2008	50
2009	53

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€17.562,75	€17.562,75		€35.125,50
Comuni	€209.000,00	€	€	€
Aulss	€ 50.000,00	€	€	€
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Altro (specificare)				
Totali=	€ 294.000,0	€ da definire	€ da definire	€

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. Famiglie con affidamento in atto e famiglie d'origine	1. Sostegno alle famiglie con affidamento in atto e alle famiglie d'origine dei minori
2. Famiglie disponibili all'affido	1. Formazione e implementazione delle famiglie disponibili all'affido 2.

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE
Area di Intervento: INFANZIA MINORI E FAMIGLIA
Azione n° 9.1.1 - 9.1.2

 1. *Unità di erogazione n° 1*

Nome	Comune/i di locazione
Progetto "sostegno alla genitorialità sociale, interventi per lo sviluppo dell'affido familiare "Centro per l'affido" (C 01) (ss2006/11)	Territorio Azienda Ulss 21

 2. *Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:*

2007	70
2008	130
2009	70

 3. *Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione*

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Regione Veneto				X
Az. Ulss21 – Tutela Minori	X	X	X	X
Privato sociale – Ass. papa Giov., Ass. La rete, Ass. fam. Per acc.			X	

 4. *Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione:*

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€17.562,75	€17.562,75		€35.125,50
Comuni				
Aulss	€6.810,00	€6.810,00		€13.620,00
Utenti				
Altri contributi finalizzati				
Altre istituzioni coinvolte				
Ass. papa Giov., Ass. La rete, Ass. fam. Per acc.				
Totali=	€24.372,75	€24.372,75		€48.745,50

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE
Area di Intervento: INFANZIA MINORI FAMIGLIA GIOVANI

Politica di riferimento: 1.1 DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO E RAZIONALIZZAZIONE DEI CONSULTORI FAMILIARI, 1.2 FAVORIRE LA CONOSCENZA DEI DIVERSI SERVIZI PER LA FAMIGLIA

Azione n°

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
SVILUPPO DELLA RETE DEI CONSULTORI FAMILIARI	C 48, C 102, P 18, P20, P55, P56, U19	4

 2. *Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:*

2007	?
2008	
2009	

 3. *Spesa triennale prevista per questa Azione:*

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€144.000,00	€	€	€144.000,00
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€ 170.000,00	€170.000,00	€ 170.000,00	€510.000,00
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Altro (specificare)	€	€	€	€
Totali=	€ 214.000,00	€	€	€654.000,00

 4. *Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)*

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. INFANZIA MINORI FAMIGLIA GIOVANI	1. COPERTURA DEL SERVIZIO SU TUTTO IL TERRITORIO
	2.
2.	1.

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

Area di Intervento: INFANZIA MINORI FAMIGLIA GIOVANI

Politica di riferimento: 7 CONTRASTO AL DISAGIO PSICHICO

Azione n° 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3 REALIZZARE UNA RETE ADEGUATA DI STRUTTURE RESIDENZIALI E DIRNE TERAPEUTICHE, INTEGRATE, FLESSIBILI ANCHE CON MODALITA' DI INSERIMENTO BREVE

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
CURA E RIABILITAZIONE PER MINORI E ADOLESCENTI CON DISAGIO PSICO-SOCIALE E PSICHICO	C 02, C 11, P11, U16,	3

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	6
2008	
2009	

 3. Spesa triennale prevista per questa Azione:
da definire in sede di Conferenza dei Sindaci

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. MINORI 6 – 12 ANNI CON DISTURBI EVOLUTIVI	1. PRESA IN CARICO TERAPEUTICA E RIABILITATIVA 2.
2. ADOLESCENTI 13 – 21 CON DISTURBI EVOLUTIVI E NEUROPSICHIATRICI	1. PRESA IN CARICO TERAPEUTICA E RIABILITATIVA 2.

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

Area di Intervento: INFANZIA MINORI FAMIGLIA GIOVANI

Politica di riferimento: 5.2 SVILUPPO DI RETI TERRITORIALI INFORMALI

Azione n° 5.2.1 ATTIVARE RETE TRA SCUOLA ASSOCIAZIONI GENITORI SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI ASSOCIAZIONI CULTURALI PARROCCHIALI SPORTIVE DEL TEMPO LIBERO

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
SVILUPPO DELLA RETE	P 56	1

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. INFANZIA MINORI FAMIGLIA GIOVANI	1. CREAZIONE DI SINERGIE TRA ATTORI FORMALI E INFORMALI DEL TERRITORIO

Progetto di Sistema con risorse economiche da definire in sede di Conferenza dei Sindaci

4.4 Area Immigrazione - Povertà'/Emarginazione – Nomadismo – Prostituzione – Giovani

4.6.1 Area d'intervento IMMIGRAZIONE

Priorità	Politiche	Azioni	codice
1) COORDINAMENTO E COLLABORAZIONE TRA ISTITUZIONI E TERZO SETTORE	1.1 COSTRUZIONE DI UNA RETE INTERISTITUZIONALE DI MONITORAGGIO ED ANALISI LOCALE DEL FENOMENO CHE APPROFONDISCA I NODI CRITICI DELL'AREA QUALI L'INTEGRAZIONE E LE PARI OPPORTUNITA' DELLE DONNE STRANIERE, L'IRREGOLARITA', L'EMERGENZA ABITATIVA IL DISAGIO GIOVANILE	Sviluppo della rete	P56
2) FAVORIRE L'INTEGRAZIONE E LA CULTURA DELL'ACCOGLIENZA E L'ACCESSO AI SERVIZI E AL MONDO DEL LAVORO	2.1 ATTIVAZIONE, POTENZIAMENTO E MESSA IN RETE DEGLI SPORTELLI INFORMATIVI E DI DISBRIGO PRATICHE	Favorire l'accesso ai servizi Aiuto nel disbrigo pratiche Sportello informazioni	P18 P03 C48
	2.2 DIFFUSIONE E MESSA IN RETE DEI PROTOCOLLI DI ACCOGLIENZA E ALFABETIZZAZIONE	Integrazione scolastica Creazione di rapporti e relazioni inclusive tra territorio e agenzie formative Promozione della cultura della solidarietà e dell'accoglienza	P27 P10 P46
	2.3 ALFABETIZZAZIONE E FORMAZIONE DI ADULTI STRANIERI SOPRATTUTTO DONNE	Formazione operatori informali/figure educative	P21
	2.4 PERCORSI FORMATIVI DI ACCESSO ALLE ATTIVITA' DEL TEMPO LIBERO PER GIOVANI ED ADOLESCENTI	Laboratori, attività ludico sportive in collaborazione con diverse agenzie educative del territorio	P29
	2.5 SVILUPPO DI STRATEGIE DI MEDIAZIONE CHE FAVORISCONO LA COMPrensIONE E IL DIALOGO TRA IL CITTADINO STRANIERO E LE REALTA' ISTITUZIONALI E LAVORATIVE	Creazione di rapporti e relazioni inclusive tra territorio e agenzie formative Promozione della cultura della solidarietà e dell'accoglienza Favorire l'accesso ai servizi	P10 P46 P18
	2.6 APPARTAMENTI DI PRIMA ACCOGLIENZA PER MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI	Appartamento protetto	C02
3) RIDUZIONE DEI FENOMENI DI CONFLITTUALITA' SOCIALE	3.1 EDUCAZIONE ALLA LEGALITA'	Promozione degli stili di vita sani	P20
	3.2 VALORIZZAZIONE DELLA CULTURA DI PROVENIENZA	Integrazione scolastica	P27
	3.3 STRATEGIE DI MEDIAZIONE SCOLASTICA TRA CULTURE DIVERSE	Promozione degli stili di vita sani	P45
4) FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DI DIVERSE AGENZIE E TERZO SETTORE	4.1 PROTOCOLLI COLLABORATIVI TRA ASSOCIAZIONI DI MEDIATORI LINGUISTICO CULTURALI E AULSS , COMUNI, SCUOLA DI OGNI ORDINE E GRADO	Formazione operatori formali	P20

4.6.2 Area d'intervento NOMADISMO

Priorità	Politiche	Azioni	codice
1) RETE INTERISTITUZIONALE DI LAVORO	1.1 GRUPPO PERMANENTE DI LAVORO VALUTATIVO E PROGETTUALE PER SVILUPPARE E CONSOLIDARE LA COLLABORAZIONE TRA ENTI LOCALI, FORZE DELL'ORDINE, PRIVATO SOCIALE, VOLONTARIATO IMPEGNATI NEL SETTORE	1 sviluppo della rete	P56
	1.1.1 CONOSCENZA DEL FENOMENO NEL TERRITORIO CON PARTICOLARE ATTENZIONE AI NOMADI STANZIALI	1 sviluppo della rete	P56
	1.1.2 VERIFICA DELL'ADEGUATEZZA DEI CAMPI DI SOSTA SIA AUTORIZZATI CHE REALI	1 sviluppo della rete	P56

1.1.3 OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE	1 sviluppo della rete	P56
------------------------------------	-----------------------	-----

2) INTEGRAZIONE SOCIALE	2.1 PERFEZIONAMENTO DI STRATEGIE DI INSERIMENTO E FREQUENZA SCOLASTICA ANCHE CON L'UTILIZZO DI MEDIATORI ACCOMPAGNATORI	Promozione di stili di vita sani Integrazione scolastica	P45 P27
	2.2 INSERIMENTO LAVORATIVO MIRATO E MONITORATO PER ADULTI E GIOVANI	Inserimento in apprendistato per giovani Inserimento lavorativo Integrazione sociale	P25 P24 P28
	2.3 INSERIMENTO ABITATIVO SPERIMENTALE IN CONTESTO URBANO	Promozione di stili di vita sani Integrazione sociale	P45 P28
	2.4 PROMOZIONE DELLA LEGALITA' E DEGLI STILI DI VITA SANI	Promozione di stili di vita sani	P45

4.6.3 Area d'intervento POVERTA' / EMARGINAZIONE

Priorità	Politiche	azioni	codice
1) COORDINAMENTO TRA ENTI, ISTITUZIONI, PRIVATO SOCIALE CHE SI INTERESSANO AL SETTORE	1.1 MESSA IN RETE DEI SERVIZI, ISTITUZIONI E ASSOCIAZIONI CARITATEVOLI ED ECCLESIASTICHE, DI ASCOLTO E DI DISTRIBUZIONE DI GENERI DI PRIMA NECESSITA' PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEL FENOMENO E DELLE SUE CRITICITA'	Sviluppo della rete	P56

2) CONTRASTO ISOLAMENTO E DISAGIO SOCIALE	2.1 DIFFUSIONE E/O CREAZIONE DI SPORTELLI FORMATIVI E INFORMATIVI E DI ORIENTAMENTO AL MONDO DEL LAVORO	Favorire l'accesso ai servizi Sportello informazioni	P18 C48
	2.2 SVILUPPO DI STRATEGIE PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO PER LE FASCE DEBOLI	Contrasto isolamento sociale Inserimento lavorativo Inserimento lavorativo in apprendistato o altre forme protette di lavoro per giovani problematici	P08 P24 P25
	2.3 PROMOZIONE DELLA DIGNITA' UMANA DI PERSONE SVANTAGGIATE E STRATEGIE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE	Contrasto isolamento sociale Sviluppo della vita autonoma e relazionale Servizi di pronta accoglienza per SFD, emarginati	P08 P57 C23
	2.4 PORTIERATO IN QUARTIERI A RISCHIO	Contrasto isolamento sociale Favorire la socializzazione Sviluppo della vita relazionale	P08 P17 P57

3) CONTRASTO ALLE FORME DI NUOVE POVERTA'	3.1 EDUCAZIONE AL CONSUMO CRITICO E ALLA GESTIONE FAMILIARE	Sviluppo delle risorse personali	P58
	3.2 SVILUPPO DI FORME DI MICROCREDITO PER CONTRASTARE I FENOMENI DI CRISI E DI EMERGENZA ECONOMICA	Integrazione possibilità economiche Contrasto isolamento sociale	P26 P08
	3.3 PROGRAMMA EDUCATIVO PER LA SODDISFAZIONE DEI BISOGNI PRIMARI	Contrasto del disagio Integrazione possibilità economiche	P07 P26
	3.4 ACCOGLIENZA TEMPORANEA IN APPARTAMENTI IN MINIMA PROTEZIONE	Accoglienza residenziale di minima protezione	P02

4.6.4 Area d'intervento PROSTITUZIONE

Priorità	Politiche	Azioni	codice
1) SVILUPPO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE PER LA MESSA IN RETE DELLE RISORSE	1.1 COLLABORAZIONE TRA STRUTTURE SANITARIE, ENTI LOCALI, PRIVATO SOCIALE, ASSOCIAZIONISMO E VOLONTARIATO, FORZE DELL'ORDINE PER CONTRASTARE IL FENOMENO	Sviluppo della rete	P56
	1.2 CONOSCENZA E STUDIO DEL FENOMENO E SUA DIFFUSIONE SUL TERRITORIO	Sviluppo della rete	P56

2) SENSIBILIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE	2.1 PROMUOVERE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEI CITTADINI NEI PROCESSI DI INFLUENZAMENTO E CAMBIAMENTO	Promozione della cultura della solidarietà e dell'accoglienza	P49
		Promozione degli stili di vita sani	P45

3) CONTRASTO PROSTITUZIONE COATTA	3.1 PERFEZIONARE E INCREMENTARE GLI INTERVENTI FINALIZZATI ALL' APPLICAZIONE DEI PROGRAMMI DI PROTEZIONE SOCIALE	Protezione sociale Integrazione sociale	P49 P28
	3.2 GESTIONE DEL RIENTRO PROTETTO	Protezione sociale	P49

4.6.5 Area d'intervento GIOVANI

Priorità	Politiche	azione	codice
1) VOLONTARIATO E SERVIZIO CIVILE MIRATO	1.1 SVILUPPO DI PERCORSI STRATEGICI ANCHE INDIVIDUALI DI INFORMAZIONE, FORMAZIONE E PROPOSTA DI VOLONTARIATO E DEL SERVIZIO CIVILE PRESSO SCUOLE SUPERIORI DELL' AULSS 21		

4.5 Area Dipendenze – Giovani

Priorità	Politiche	Azione	Titolarità
Criteri adottati per l'individuazione delle priorità: <ul style="list-style-type: none"> - costituzione gruppo di lavoro area dipendenze/giovani, (gruppo di lavoro dipendenze per Piano Triennale integrato) - analisi epidemiologica del fenomeno a partire dai dati relativi all'utenza del Dipartimento Dipendenze (utenti, famiglie, istituzioni, agenzie del territorio) - analisi delle risorse ed delle offerte esistenti - definizione delle priorità con assegnazione del peso relativo 	Espresse in termini di finalità e target		
1) progressivo aumento di persone con lunga storia di tossico o alcoolodipendenza e progressivo aumento del loro bisogno assistenziale e sociale (abitativo, occupazionale) prima ancora che sanitario.	1.1 Soluzioni diverse da C.T., più "leggere2" tipo appartamenti protetti - TD e AlcoolD. privi di abitazione e occupazione	C231 Struttura Semiresidenziale Notturna (SSN)	Il Corallo
	1.2 integrazione lavorativa - Td e alcoolD con bisogno lavorativo	.1 P24 PROLABOR .2 P24 Progetto FONDAZIONE / SIL	Il Calabrone Provincia VR
	1.3 struttura di Pronto Ospitalità per le emergenze <u>trasversale</u> ad altre aree per soggetti con bisogni urgenti		
2) vera e propria "epidemia" di cocaina (come sostanza primaria, secondaria e poliabuso) , che interessa tipologie di persone e fasce di età molto differenti che difficilmente o solo in fase avanzata si rivolgono spontaneamente ai Servizi	2.1 progetti di intervento ambulatoriali e territoriali - cocainomani (consumatori e dipendenti)	P44/P62 Progetto Orfeo	Il Corallo
	2.2 prevenzione generale e selettiva <ul style="list-style-type: none"> - popolazione generale - consumatori occasionali e a rischio 	(attività SERT, Prog. Giochi Puliti e Prog. Dedalo, Progetto Orfeo)	SERT Co. D. Giovani Ass. Papa Giovanni XXIII
	2.3 programmi terapeutici residenziali o semiresidenziali intensivi - cocainomani con dipendenza e/o psicopatologia	U 34 Progetto INCAS	AGATA, CTD
3) il numero di tossicodipendenti o alcoolodipendenti che presentano problemi di comorbilità psichiatrica media o grave sono in continuo aumento	3.1 integrazione fra servizi (protocollo operativo fra Dip Dip / Dip Psic.) - TD e AlcoolDip. Con comorbilità psichiatrica di diversa gravità	P 51 Protocollo Comorbilità Psichiatrica	AULSS 21
	3.2 Prog. Intervento ambulatoriale e residenziale - TD e AlcoolDip. Con comorbilità psichiatrica di diversa gravità	P 62 Progetto Trattamento Integrato SERT di Zevio	AULSS 21
	3.3 Prog. Intervento residenziale - TD e AlcoolDip. Con comorbilità psichiatrica grave	Sistema Servizi Reg. (Budget proprio)	SERT
4) il numero di alcolisti che si rivolgono ai servizi è in continuo e rilevante aumento	4.1 progetto Intervento Integrato alcolisti con diversi bisogni assistenziali	Attività SERT	

	4.2 prevenzione generale e selettiva in collaborazione con i gruppi di autoaiuto - popolazione generale - consumatori occasionali e a rischio	Attività SERT	
	4.3 collaborazioni con gruppi di volontariato sociale operanti sul territorio (gruppi auto-aiuto)	C 13 Convenzione con ACAT / AA	AULSS 21
5) Nuove forme di dipendenza che necessitano di un approccio “trasversale”: - dipendenze Comportamentali (disturbi alimentari, gioco d’azzardo patologico ...) - dipendenza da nicotina - doping	5.1 prevenzione generale e selettiva - popolazione generale - soggetti a rischio	Attività SERT, Ambulatorio per smettere di fumare, Centro la Bussola , Progetto Doping e Sport	AULSS 21
	5.2 collaborazioni con gruppi di volontariato sociale operanti sul territorio (gruppi auto-aiuto)	.1 P 39 Progetto BenEssere	La Girandola
	5.3 progetti di intervento specifici	.1 P 39 Ambulatorio per smettere di fumare	AULSS 21
		.2 P 38 Centro la Bussola	AGATA onlus
		.3 P 34 Progetto Doping e Sport	Regione Veneto (AICS –VR – PD)
6) nuove modalità di consumo (soprattutto alcool fra i giovani e i giovanissimi) , complicato dalla mancanza di consapevolezza dei rischi fisici psicologici e sociali connessi.	6.1 promozione salute, informazione - popolazione giovanile - giovani consumatori	P45, P 06 Progetto Giochi Puliti	Comunità dei Giovani
		P44, C13 Progetto Dedalo	Ass. Papa Giovanni XXIII
	6.2 diagnosi e intervento precoce - giovani consumatori a rischio	Attività SERT	
	6.3 interventi in luoghi di aggregazione per studenti delle superiori che convergono in Legnago (“educatore di prossimità”) - studenti delle SMS		

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE
Area di Intervento: DIPENDENZE
Azione n° __6.1.__

1. Unità di erogazione n° 1

Nome	Comune/i di locazione
Giochi Puliti (P45, P 06)	Territorio Azienda Ulss 21

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:

2007	1200
2008	1300
2009	700

3. Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Comunità dei Giovani Soc. Coop. Onlus	X	X	X	X
Ser.D. di Legnago Az. Ulss21		X	X	X

4. Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€46.299,75	€48.044,25	€49.127,25	€143.471,25
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€	€	€	€
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Comunità dei Giovani Soc. Coop. Onlus	€15.433,25	€16.014,75	€16.375,75	€47.823,75
Totali=	€61.733,00	€64.059,00	€65.503,00	€191.295,00

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE
Area di Intervento: DIPENDENZE
Azione n° __6.1.__

1. Unità di erogazione n° 2

Nome	Comune/i di locazione
Dedalo (P44, C 13)	Territorio Azienda Ulss 21

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:

2007	315
2008	400
2009	400

3. Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Associazione Amici della comunità Papa Giovanni XXIII	X	X	X	X
Dipartim. Dipendenze. Ulss21		X		X

4. Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	€	€	€	€42.000
Comuni	€	€	€	€
Aulss	€	€	€	€
Utenti	€	€	€	€
Altri contributi finalizzati	€	€	€	€
Altre istituzioni coinvolte	€	€	€	€
Associazione Amici della comunità Papa Giovanni XXIII	€	€	€	€14.001
Totali=	€	€	€	€56.001

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE
Area di Intervento: DIPENDENZE
Azione n° 2.1
1. Unità di erogazione n° 1

Nome	Comune/i di locazione
P44/P62 Progetto Orfeo	Territorio Azienda Ulss 21

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:

2007	194
2008	400
2009	400

3. Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Associazione il Corallo	X	X	X	X
Dipartim. Dipendenze Az. Ulss21		X		X

4. Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione espressa in euro:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione				185.472
Comuni				
Aulss				
Utenti				
Altri contributi finalizzati				
Altre istituzioni coinvolte				
Associazione il Corallo				61.824
Totali=				247.296

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE
Area di Intervento: DIPENDENZE
Azione n° 1.2.
1. Unità di erogazione n° 1

Nome	Comune/i di locazione
P24 PROLABOR II	Territorio Azienda Ulss 21

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:

2007	49
2008	50
2009	50

3. Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Cooperativa Sociale Il Calabrone	X	X	X	X
Cooperativa Sociale SELF		X	X	
Cooperativa sopciale ARDEA		X	X	
Dipartim. Dipendenze Az. Ulss21		X	X	X

4. Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione espressa in euro:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione				92.736
Comuni				
Aulss				
Utenti				
Altri contributi finalizzati				
Altre istituzioni coinvolte				
Cooperativa Il Calabrone				35.316
Totali=				128.052

SCHEDA D- UNITA' DI EROGAZIONE
Area di Intervento: DIPENDENZE
Azione n° 5.3.

 1. *Unità di erogazione n° 3*

Nome	Comune/i di locazione
P 34 Progetto Doping e Sport	Territorio Regione Veneto - Azienda Ulss 21

 2. *Numero di utenti complessivo previsto per questa unità di erogazione:*

2007	500
2008	1000
2009	1000

 3. *Rete di tutti gli Enti o le organizzazioni a vario titolo coinvolti nella gestione dell'unità di erogazione*

Elenco enti/organizzazioni	Titolarità	Programmazione	Gestione operativa	Controllo e valutazione
Azienda Ulss 21	X		X	
Region e Veneto		X		X
Ass. AICS VR – PD			X	

 4. *Spesa triennale prevista per questa unità di erogazione espressa in euro:*

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione	20.000	40.000	40.000	100.000
Comuni				
Aulss				
Utenti				
Altri contributi finalizzati				
Altre istituzioni coinvolte				
Totali=				100.000

4.6 Salute Mentale – Giovani Area Anziani

Priorità	Politiche	Azione	Titolarità
1- Limitare e prevenire l'istituzionalizzazione	1.1 Potenziamento risorse DSM (DGRV 4080/2000)	1.1 Potenziamento risorse D.S.M.	Regione, AULSS 21
	1.2 Sviluppo Residenzialità "Leggera"	1.2 Residenzialità leggera	AULSS 21, DSM, Comune di Legnago, Fondazione Madonna di Lourdes, Ass.ne Don Righetti
	1.3 Miglioramento processi assistenziali in atto	1.3 Appropriatelyzza dei processi di cura in atto	DSM
2- Valorizzare le reti sociali e le loro risorse	2.1 Sviluppo Gruppi Auto Aiuto	2.1 Self Help	DSM, Associazioni di Utenti e Familiari
	2.2 Coinvolgimento Associazionismo	2.2 Tempo libero e salute mentale	DSM, Associazioni di Utenti e Familiari
	2.3 Aumento Inserimenti lavorativi	2.3 Lavoro e salute	DSM, Enti Locali, Cooperative
3- Migliorare la capacità di riconoscere il disagio mentale	3.1 Formazione Medici di Base ed altri Operatori	3.1 Migliorare capacità riconoscimento disagio	DSM, Medici di Base, Distretto
	3.2 Informazione per utenti, familiari e popolazione	3.2 Informazione / educazione alla salute mentale	
	3.3 Valutazione dei bisogni di utenti e familiari	3.3 Mappatura bisogni salute mentale	

Area Generale del Piano di Zona: Priorità, politiche, Azioni

SCHEDA C- AZIONI PREVISTE

Area di Intervento: Generale (Salute Mentale, Dipendenze, Disabili, infanzia e famiglia, Povertà/Emarginazione)

Politica di riferimento: n°: Salute Mentale 1.2 ; Dipendenze 1.1; Disabili 4.2; infanzia e famiglia 2.2; Povertà/ Emarginazione 3.4

1. Tipo di Azione :

Nome	Codice	Numero di unità di erogazione
Residenzialità Leggera	C 02	3

2. Numero di utenti complessivo previsto per questa Azione:

2007	4
2008	12
2009	12

3. Spesa triennale prevista per questa Azione:

Fonti di finanziamento/enti finanziatori	Quota 2007	Quota 2008	Quota 2009	Triennio
Regione				
Comuni				
Aulss				
Utenti				
Altri contributi finalizzati				
Altre istituzioni coinvolte				
Altro (specificare)				
Totali=				€90.500*

* Costo previsto per il Triennio: Il Piano di finanziamento è da definire in sede di Conferenza dei Sindaci.

4. Tipo di Utenti e Risultati attesi (cambiamenti misurabili sullo stato di salute dell'utenza)

Colonna 1: Tipo di utenti	Colonna 2: Risultati attesi
1. pazienti psichiatrici	1. completare la attuale offerta di servizi residenziali
2. i tossico-alcool dipendenti	1.
3. disabili	1.
4. poveri/emarginati	1.

4.7 Conclusioni

Facendo una lettura complessiva delle priorità indicate, si notano alcune costanti e alcuni elementi ricorrenti:

In primo luogo la necessità impellente di costruzione e continua manutenzione della rete integrata dei servizi: dagli anziani alla salute mentale, dai minori all'immigrazione ai disabili il concetto chiaro è che o si lavora in rete tra istituzioni pubbliche (Comuni e A.ULSS come integrazione sociale e sanitario) e privato sociale e volontariato (come concetto di governance) e utenti stessi (Come concetto di empowerment), o il bisogno sociale rischierà di rimanere in un limbo di emarginazione anche culturale che lo farà aumentare e inasprire.

Ma costruire e manu-tenere la rete è un lavoro in sé, e di questo è necessaria consapevolezza prima, e scelte organizzative che lo rendano realizzabile poi: l'Ufficio Piano di Zona viene pensato come funzione operativa in interfaccia tra Comuni – A.ULSS – Privato sociale e a supporto tecnico dei soggetti plurali “Gruppo Guida” e “Gruppi di lavoro per area”

Altro concetto ricorrente è la centralità sociale delle famiglie -al plurale-: ad esse viene richiesto di essere sempre più soggetto attivo e attivabile in tutte le aree di bisogno, di converso si nota come la famiglia nucleare sia al centro di cambiamenti che la rendono fragile.

Pertanto sono necessarie delle scelte forti di investimento sulle famiglie.

Tale investimento si può declinare in tre direzioni:

1. informazione e formazione da prima della costituzione della nuova famiglia ai punti nodali del ciclo di vita familiare, nascita del primo figlio, ingresso a scuola, adolescenza...
2. valorizzazione delle capacità di solidarietà delle famiglie di una comunità locale: dal “buon vicinato”, all'affido diurno all'affidamento familiare...
3. chiarezza organizzativa della rete delle risorse professionali pubbliche e del privato sociale quando necessita un intervento istituzionale. Questo si ottiene anche attraverso la rilettura delle deleghe.

Altra priorità è costituita dalla necessità di facilitare l'accesso alla rete dei servizi e quindi ricomporre la pluralità dei servizi e delle risorse del territorio in modo che il cittadino disabile o anziano, rivolgendosi a uno sportello unico integrato possa essere accompagnato nell'utilizzo dei servizi secondo le sue necessità e partendo dalle positività sue e del suo contesto. Lo sportello unico integrato è una modalità organizzativa del lavoro sociale professionale da costruire come tale, non solo dal punto di vista informatico e amministrativo.

Ad essa va coniugata la scelta fatta con il Piano per la Domiciliarità di articolare le attività con un unico riferimento regionale sugli interventi sociali nelle aree anziani e disabili.. Scelta di grande spessore programmatico che va pensata e supportata con forza nella sua attuazione pratica in quanto coinvolge direttamente tutti gli enti del territorio.

La Residenzialità leggera è stata definita come un'altra scelta di priorità che comprende forme di residenzialità per anziani, o disabili, pazienti psichiatrici o ex tossicodipendenti, persone in stato di fragilità ma che, avendo raggiunto una certa stabilità nella cronicità, non necessitano di un alto livello di protezione pur avendo bisogno di una possibilità abitativa con sostegno esterno: dal condominio solidale all'appartamento protetto.

La residenzialità leggera è strettamente collegata con l'implementazione di progetti di inserimento lavorativo atti a favorire l'auto determinazione delle persone.

La permanenza nel proprio contesto familiare e sociale delle persone anziane e dei disabili è strettamente collegata con l'esistenza e la facilità di accesso alla rete dei servizi, pertanto la trasformazione delle Case di Riposo in Centri Servizi e una parallela evoluzione e aggregazione delle Cooperative e delle associazioni che gestiscono servizi di riabilitazione, di sollievo alle famiglie, di integrazione sociale etc. sono considerate scelte strategiche per lo sviluppo delle politiche sociali nel territorio dell'A.ULSS 21.

Appare importante sottolineare l'importanza di un coordinamento strutturato come momento di confronto e condivisione del ragionamento e delle ipotesi di lavoro fatte all'interno dei gruppi per area.

Rendere stabili i gruppi di lavoro per area e il gruppo guida costituisce quindi una scelta specifica che si pone come:

- osservatorio locale , senza sovrapposizioni con quelli regionali, per il monitoraggio delle attività,
- garanzia di condivisione sulla metodologia,
- “ponte” tra soggetto tecnico e soggetto politico, in modo da contribuire alla formazione delle politiche locali dei servizi socio-sanitari nell’ottica della sussidiarietà prevista dalla L.328/00.

Per un Piano di Zona tecnico che possa essere monitorato negli anni da un referente ben individuato che se ne assuma la responsabilità anche per quanto riguarda la gestione dei contributi regionali, degli eventuali trasferimenti di benefici all’utenza e la relazione delle attività svolte dall’ulss e dai comuni, contemporaneamente alla definizione dei tavoli di lavoro per la elaborazione del presente piano di zona ed il mantenimento dello stesso la conferenza dei sindaci nella seduta del 8/2/07 ha approvato l’attivazione di una unità operativa semplice per il piano di zona in modo da individuare un dirigente che possa farsi carico di quelle che sono le azioni per la realizzazione e gestione del piano di zona stesso.

5. LE STRATEGIE

Le strategie individuate con il lavoro programmatorio, implementato in più fasi e comprendente i Piani settoriali e la “summa” costituita dal Piano di Zona dei Servizi alla Persona del territorio dell’A.ULSS 21, si esplicano in due direzioni.

Una è quella dei progetti di sistema, di tutte quelle progettualità, cioè, che intervengono nell’organizzazione della rete integrata dei servizi, migliorandone l’accessibilità, la distribuzione sul territorio, la gamma e l’articolazione degli interventi puntando sempre di più verso la personalizzazione del progetto.

Fanno parte di questa strategia i centri servizi, lo sportello unico integrato e tutti quei progetti in cui è forte l’accento sull’accesso unitario ai servizi e la sottolineatura sulla professionalità dell’assistente sociale nella valutazione dei bisogni, la formazione degli attori sociali e la collaborazione tra istituzioni, l’attenzione ai carichi di cura delle famiglie, e lo sviluppo di una capacità più tempestiva di affrontare le emergenze.

Tutto ciò, in ottemperanza anche alle priorità regionali, richiede la presenza di

- un attore istituzionale pubblico capace di assumere responsabilità di governance e in particolare sintonia tra sociale e sanitario, con chiarezza organizzativa;
- un attore tecnico esperto nelle pratiche gestionali, capace di riflessione sulla realtà e di creatività e su questo valorizzato nell’organizzazione del lavoro;
- un attore sociale, dall’associazione alla cooperativa alla fondazione al volontario, maturo, anche con risorse proprie, intercettatore flessibile dei cambiamenti sociali.

Risulta metodologicamente importante, a questo punto in particolare, costituire la “cornice” entro cui collocare organicamente e funzionalmente i progetti di sistema: la strutturazione delle attività del Gruppo Guida e dei Gruppi di lavoro per area con il supporto tecnico dell’Ufficio Piano di Zona costituisce questo contenitore.

L’altra direzione delle strategie consiste nel considerare un valore importante le proposte espresse dalla comunità locale sotto forma di progetti prodotti da enti e associazioni.

L’elenco dei progetti che viene allegato esprime la vitalità sociale di questo territorio, la risorsa di solidarietà tradotta in forme progettuali: da questo capitale sociale nel corso di vigenza del Piano di Zona saranno tratti, a seconda delle possibilità di realizzazione, nuovi spunti di lavoro e concretizzati nuovi interventi.

Elenco delle progettualità presentate per il triennio:
5.1 AREA ANZIANI

	TITOLO	PROPOSTO DA
1	Filo d'argento - Accompagnamento – realizzazione di un servizio socio-sanitario di carattere leggero riservato alle persone anziane sole o con famiglie in difficoltà	Auser Volontariato Veneto – Circolo di Legnago Filo d'Argento
2	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Casa di Riposo di Legnago
3	Servizio residenziale per anziani con problemi psichici	Casa di Riposo di Legnago
4	Servizio di posti di sollievo per anziani non autosufficienti	Casa di Riposo di Legnago
5	S.A.P.A. Sezione Alta Protezione Halzheimer	Casa di Riposo di Legnago
6	S.V.P. Stati Vegetativi Permanenti	Casa di Riposo di Legnago
7	Servizio di Hospice	Casa di Riposo di Legnago
8	Servizio A.D.I. Assistenza Domiciliare Integrata e S.A.D.	Casa di Riposo di Legnago
9	Centro prelievi per anziani – Servizi di supporto alla persona	Casa di Riposo di Legnago
10	Centro diurno di riabilitazione	Casa di Riposo di Legnago
11	Centro diurno polifunzionale	Casa di Riposo di Legnago
12	Servizio residenziale per anziani non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (nucleo di maggiore assistenza)	Casa di Riposo di Legnago
13	Centro diurno per anziani	Casa di Riposo di Legnago
14	Servizio di fornitura pasti	Casa di Riposo di Legnago
15	Trasporto anziani	Tribunale per i diritti del malato e dell'anziano – sez. di Oppeano
16	Accoglienza e Informazione fruitori Ospedale di Legnago	CittadinanzAttiva – Tribunale per i diritti del malato e dell'anziano – sez. di Legnago
17	Anziani e strumenti di comunicazione – corsi di informatica	Circolo Sociale e Culturale “L’Incontro” – Legnago
18	Allargamento centro diurno per non autosufficienti (capienza tot. 15posti) con realizzazione sezione specifica per malati di Alzheimer	Istituto per Anziani “Casa De Battisti” di Cerea
19	Nuovo nucleo media intensità per demenze (30 posti)	Istituto per Anziani “Casa De Battisti” di Cerea
20	Riabilitazione e prestazioni fisioterapiche per utenti esterni	Istituto per Anziani “Casa De Battisti” di Cerea
21	Implementazione nucleo di media assistenza sanitaria (dagli attuali 24 posti a 30)	Istituto per Anziani “Casa De Battisti” di Cerea
22	Pasti per utenti esterni (in struttura e a domicilio)	Istituto per Anziani “Casa De Battisti” di Cerea
23	S.A.D.	Istituto per Anziani “Casa De Battisti” di Cerea
24	Centro diurno per non autosufficienti	Pio Ospizio San Michele di Bogara
25	Attività sanitaria e riabilitativa per utenti esterni	Pio Ospizio San Michele di Bogara
26	R.S.A. riabilitativa	Pio Ospizio San Michele di Bogara, Aulss 21
27	N. 1 posto di sollievo	Pio Ospizio San Michele di Nogara
28	Servizio pasti	Pio Ospizio San Michele di Nogara
29	Servizio di fisiocinesiterapia	Pio Ospizio San Michele di Nogara
30	Accoglienza temporanea programmata	Casa di Soggiorno per Anziani di Sanguinetto
31	Centro diurno “Giancarlo Merlin”	Casa di Soggiorno per Anziani di Sanguinetto
32	Centro di Servizio Fisioterapico	Casa di Soggiorno per Anziani di Sanguinetto
33	Centro Prelievi	Casa di Soggiorno per Anziani di Sanguinetto
34	Comunità alloggio per persone anziane (capacità ricettiva: 10 posti letto)	Fondazione “Madonna di Lourdes” onlus
35	Assistenza anziani non autosufficienti	Fondazione “Baldo Ippolita”
36	Assistenza anziani autosufficienti	Fondazione “Baldo Ippolita”
37	Servizio prelievi ematochimici presso la struttura	Fondazione “Baldo Ippolita”
38	Centro diurno per persona autosufficienti e non autosufficienti	Fondazione “Baldo Ippolita”
39	Animazione e attività ricreative per esterni	Fondazione “Baldo Ippolita”
40	Servizio di lavanderia per esterni	Fondazione “Baldo Ippolita”
41	Servizio pasti caldi a domicilio	Fondazione “Baldo Ippolita”
42	Servizio di assistenza domiciliare sul territorio	Fondazione “Baldo Ippolita”
43	Servizio di riabilitazione per esterni	Fondazione “Baldo Ippolita”
44	Centro diurno per non autosufficienti	Fondazione Gobetti
45	Realizzazione n. 6 posti letto di sollievo sanitario e sociale per non autosufficienti	Fondazione Gobetti

46	Realizzazione di n. 20 posti letto per anziani non autosufficienti	Fondazione Gobetti
47	Ampliamento palestra per non autosufficienti	Fondazione Gobetti
48	Sala polivalente	Fondazione Gobetti
49	Servizio di Assistenza Domiciliare	Fondazione Gobetti
50	Servizio infermieristico sul territorio	Fondazione Gobetti
51	Servizio di riabilitazione in sede e a domicilio	Fondazione Gobetti
52	Pasti a domicilio per anziani – scuole – disabili del territorio	Fondazione Gobetti
53	Punto prelievi ematochimici presso la Fondazione Godetti	Fondazione Gobetti
54	Prelievi a domicilio	Fondazione Gobetti
55	Servizio di riabilitazione funzionale fisioterapica	Casa di Riposo “San Biagio” di Bovolone
56	Servizi di supporto alla persona	Casa di Riposo “San Biagio” di Bovolone
57	Servizi di prelievi ematochimici e/o interventi affini a domicilio	Casa di Riposo “San Biagio” di Bovolone
58	Servizio consegna pasti a domicilio	Casa di Riposo “San Biagio” di Bovolone
59	Progetto per l’attivazione Unità di Offerta per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale	Casa di Riposo “San Biagio” di Bovolone
60	Posto di sollievo programmato / temporaneo per anziani autosufficienti e non autosufficienti	Casa di Riposo “San Biagio” di Bovolone
61	Nuovi posti di residenzialità per non autosufficienti	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
62	Centro diurno per anziani non autosufficienti (n. 5 posti)	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
63	Creazione n.2 posti di accoglienza di sollievo ed emergenza per non autosufficienti	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
64	Prestazioni infermieristiche per integrazione servizio A.D.I.	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
65	Prestazioni di riabilitazione a domicilio – supporto A.D.I.	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
66	Prelievi a domicilio a supporto A.D.I.	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
67	Punto prelievi (già attivo ma non presente nel PDZ 2005)	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
68	Servizio domiciliare assistenziale	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
69	Servizio pasti a domicilio	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
70	Centro diurno per anziani autosufficienti	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
71	Attività riabilitativa per esterni	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
72	Creazione di n. 1 posto di accoglienza temporanea programmata	Opera Pia “Luigi Ferrari” di Isola Rizza
73	Ampliamento/spostamento Casa di Riposo “M. Gasparini” di VillaBartolomea	Casa di Riposo “M. Gasparini” di Villa Bartolomea
74	S.A.P.A. Sezione alta protezione alzheimer presso l’Ampliamento/spostamento Casa di Riposo “M. Gasparini” di VillaBartolomea	Casa di Riposo “M. Gasparini” di Villa Bartolomea
75	CENTRO DIURNO presso l’Ampliamento / spostamento Casa di Riposo “M. Gasparini” di VillaBartolomea	Casa di Riposo “M. Gasparini” di Villa Bartolomea
76	POSTI di SOLLIEVO in Centro Diurno, in Pronta Accoglienza non programmata ed in Accoglienza Temporanea programmata per Anziani N.A. e Disabili presso l’Ampliamento / spostamento Casa di Riposo “M. Gasparini” di VillaBartolomea	Casa di Riposo “M. Gasparini” di Villa Bartolomea
77	Attivazione di posti per residenza sanitaria assistenziale comprensiva di NRSA (nucleo di intensità media) HRSA per Anziani presso l’Ampliamento / spostamento Casa di Riposo “M. Gasparini” di VillaBartolomea	Casa di Riposo “M. Gasparini” di Villa Bartolomea
78	Potenziamento A.D.I. presso Casa di Riposo “M. Gasparini” di VillaBartolomea	Casa di Riposo “M. Gasparini” di Villa Bartolomea
79	Potenziamento del Servizio Prelievi a Domicilio e Servizi di supporto personale	Casa di Riposo “M. Gasparini” di Villa Bartolomea
80	Potenziamento del Servizio Trasporto Anziani e Disabili	Casa di Riposo “M. Gasparini” di Villa Bartolomea
81	Ampliamento palestra e fisioterapia per Centro Diurno	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
82	Ristrutturazione “Corte Franchine” creazione di un centro diurno	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
83	Posti di Sollievo programmato/temporaneo per anziani autosufficienti e non autosufficienti	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
84	Pronta accoglienza residenziale in sede	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
85	Nucleo di media intensità assistenziale	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
86	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
87	Servizio riabilitativo per non autosufficienti	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
88	Servizio infermieristico per non autosufficienti	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona

89	Servizio domiciliare infermieristico per medicazioni, posa catetere, sondino nasogastrico, ecg.	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
90	S.A.D.: Servizio Assistenza Domiciliare – implementazione per Comune di Oppeano	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
91	Servizio Domiciliare Riabilitativo	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
92	Attività specialistica in struttura: logopedista, fisiatra, psicologa	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
93	Musicoterapia per utenti esterni al centro servizi residenziale	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
94	Punto prelievi ematochimici presso la "Fondazione Zanetti"	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
95	Pet-Therapy per anziani esterni al centro di servizi	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
96	Servizio infermieristico – riabilitativo e pasti a domicilio, per territorio comune di Palù	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
97	SAD: servizio assistenza domiciliare per Comune di Palù	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
98	Punto prelievi ematochimici per il Comune di Palù in supporto all'A.D.I.	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
99	Pasti a domicilio	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
100	S.A.D.: Servizio Assistenza Domiciliare per Comune di Oppeano	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
101	Prelievi ematochimici a domicilio	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
102	Università popolare e del tempo libero	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
103	Centro diurno per anziani disabili parzialmente autosufficienti	Cooperativa Sociale "Emmanuel"
104	Realizzazione di un centro diurno per persone anziane autosufficienti e non autosufficienti	Parrocchia di "San Pietro Celestino" in Nichesola – Frazione di Terrazzo
105	Rete – assistenza domiciliare (fase 4 del progetto "Piazza")	Ass.ne Piccola Fraternità di Porto onlus
106	Orti per anziani	Comune di Legnago – Assessorato alle Politiche Sociali, Famiglia e Volontariato, Istituto Prof. Agricoltura
107	Caffè Alzheimer	Comune di Legnago – Assessorato alle Politiche Sociali, Famiglia e Volontariato, Ass.ne Alzheimer Italia – sez. Verona, AUSER Legnago
108	Associazione volontaria per la terza età	A.V.E.T.
109	"Buon samaritano"	Piccola Fraternità – Parrocchia di Bovolone
110	Riqualificazione della casa di riposo "Gaetano Dal Vecchio" di Gazzo Veronese in Centro Servizi per la non autosufficienza	Amm.ne Comunale di Gazzo Veronese, Fondazione O.A.S.I.
112	Riqualificazione della casa di riposo "Casa albergo" di Zevio in Centro Servizi per la non autosufficienza	Amm.ne Comunale di Zevio, Fondazione O.A.S.I.
112	Acquisto defibrillatore portatile	AVIS Comunale di Oppeano
113	Pasti caldi a domicilio	Comune di Sorgà
114	Servizio prelievi ematochimici	Comune di Sorgà
115	Centro diurno – centro di riabilitazione	Comune di Castagnaro
116	Aiuto nel disbrigo pratiche	Casa di riposo "E. Carriolo" di Castagnaro
117	Fisioterapia	Casa di riposo "E. Carriolo" di Castagnaro
118	Assistenza domiciliare infermieristica	Casa di riposo "E. Carriolo" di Castagnaro
119	Ricovero di sollievo.Inserimento graduale a domicilio	Casa di riposo "E. Carriolo" di Castagnaro
120	Pasti domiciliari	Fondazione Opera Pia Ciccarelli onlus – Centro residenziale "Cherubina Manzoni"
121	Assistenza domiciliare integrata	Fondazione Opera Pia Ciccarelli onlus – Centro residenziale "Cherubina Manzoni"
122	Assistenza domiciliare	Fondazione Opera Pia Ciccarelli onlus – Centro residenziale "Cherubina Manzoni"
123	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Fondazione Opera Pia Ciccarelli onlus – Centro residenziale "Cherubina Manzoni"
124	Nucleo RSA	Fondazione Opera Pia Ciccarelli onlus – Centro residenziale "Cherubina Manzoni"
125	N. 8 posti di ricovero di sollievo per emergenza o programmati a carattere temporaneo	Fondazione Opera Pia Ciccarelli onlus – Centro residenziale "Cherubina Manzoni"
126	N. 2 posti per ricoveri temporanei a rilievo sanitario	Fondazione Opera Pia Ciccarelli onlus – Centro residenziale "Cherubina Manzoni"
127	Realizzazione di un centro diurno per persone autosufficienti e non autosufficienti	Comune di Palù
128	Centro sociale anziani con bocciofilo	Comune di Ronco all'Adige
129	Servizio assistenza domiciliare S.A.D.	Comune di Sanguinetto

5.2 AREA DISABILI - GIOVANI

	TITOLO	PROPOSTO DA
1	Condivisione di vita quotidiana – convivenza solidale	Ass.ne Gabbia-No onlus – Legnago
2	Turismo senza barriere	Ass.ne Gabbia-No onlus – Legnago
3	Tempo Libero – fase 1 del progetto “Piazza”	Ass.ne Piccola Fraternità di Porto onlus
4	Locanda - fase 2 del progetto “Piazza”	Ass.ne Piccola Fraternità di Porto onlus
5	Laboratorio occupazionale - fase 3 del progetto “Piazza”	Ass.ne Piccola Fraternità di Porto onlus
6	Laboratorio espressivo - fase 3bis del progetto “Piazza”	Ass.ne Piccola Fraternità di Porto onlus
7	Rete – assistenza domiciliare - fase 4 del progetto “Piazza”	Ass.ne Piccola Fraternità di Porto onlus
8	Soggiorni climatici	Ass.ne Piccola Fraternità di Porto onlus
9	Sportello Regionale Turismo per Tutti	ANMIC (Associazione Mutilati e Invalidi Civili – Verona)
10	Sportello Unico	ANMIC (Associazione Mutilati e Invalidi Civili – Verona)
11	RI-PROVIAMOCI	Cooperativa sociale “Il Focolare”
12	...in movimento	Ass.ne “San Martino” onlus
13	Attività natatoria	Ass.ne “San Martino” onlus
14	Attività di psicomotricità	Ass.ne “San Martino” onlus
15	Progetto Sollievo Diurno	Ass.ne “San Martino” onlus
16	Progetto Sollievo Residenziale	Ass.ne “San Martino” onlus
17	Progetto di Assistenza Domiciliare	Ass.ne “San Martino” onlus
18	Completamento struttura nucleo di R.S.A. per disabili ed assegnazione n. 10 quote di rilievo sanitario al territorio	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
19	Posti Sollievo R.S.A. per disabili	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
20	Servizio riabilitazione motoria e fisioterapica per disabili	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
21	Pronta accoglienza diurna per disabili: implementazione centro diurno “Esisto anch’io”	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
22	Centro diurno disabili gravi: implementazione con apertura prolungata nell’anno e nella giornata	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
23	Pet-Therapy per disabili esterni al centro diurno	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
24	Attività ricreative per disabili: palestra, piscina, teatro, visite didattiche e attività ludiche	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
25	Somministrazione farmaci centro disabili	Fondazione “Marcello Zanetti” Centro Servizi alla Persona
26	Progetto “Gabriele” gruppo appartamento	Cooperativa Sociale “Emmanuel”
27	Progetto “Agenzia per l’integrazione sociale “ a Bonavicina	Cooperativa Sociale “Emmanuel”
28	Progetto “Agenzia per l’integrazione sociale “ a Legnago	Cooperativa Sociale “Emmanuel”
29	Progetto “Vita Indipendente”	Cooperativa Sociale “Emmanuel”
30	Servizio domiciliare di tipo assistenziale e/o educativo	Cooperativa Sociale “Emmanuel”
31	Progetto Sollievo diurno	Cooperativa Sociale “Emmanuel”
32	Progetto attività motoria	Cooperativa Sociale “Emmanuel”
33	Progetto costituzione gruppo auto mutuo aiuto “Emmanuel”	Cooperativa Sociale “Emmanuel”
34	Servizio soggiorni climatici	Cooperativa Sociale “Emmanuel”
35	Comunità residenziale per disabili in situazione di gravità a Zevio	Cooperativa Sociale “Emmanuel”
36	Comunità Alloggio	Cooperativa Sociale “Don A. Righetti”
37	Attività ludico-motoria e animazione	Cooperativa Sociale “Don A. Righetti”
38	Prestazioni infermieristiche in sede	Cooperativa Sociale “Don A. Righetti”
39	Fisioterapia	Cooperativa Sociale “Don A. Righetti”
40	Psicomotricità	Cooperativa Sociale “Don A. Righetti”
41	Consulenza psicologica	Cooperativa Sociale “Don A. Righetti”
42	Servizio Sollievo diurno e notturno	Cooperativa Sociale “Don A. Righetti”
43	Soggiorno estivo e pellegrinaggi	Cooperativa Sociale “Don A. Righetti”
44	Uscite ricreative e partecipazione a iniziative territoriale (anche giorni festivi)	Cooperativa Sociale “Don A. Righetti”
45	Caffè Alzheimer	Comune di Legnago – Assessorato alle Politiche Sociali, Famiglia e Volontariato, Ass.ne Alzheimer Italia – sez. Verona, AUSER Legnago
46	Progetto residenza integrata	Comune di Legnago, ATER, Coop. Sociale, Fondazione “Futuro Insieme”, AULSS 21
47	Giovani per giovani	Piccola Fraternità – Parrocchia di Bovolone
48	Correre, saltare, lanciare	Atletica Legnago
49	Condominio solidale	Fondazione “Futuro Insieme”
50	L’amministratore di sostegno: dalla legge alla persona	Fondazione “Futuro Insieme”
51	Banca del tempo dei volontari formali, per assistenza agli ammalati di Alzheimer.	AFMA (Associazione Familiari Ammalati di Alzheimer)

52	Favorire il trasporto	Cooperativa Sociale "Anderlini"
53	Interventi sollievo	Cooperativa Sociale "Anderlini"
54	Soggiorni estivi	Cooperativa Sociale "Anderlini"
55	Movimentando (attività ludico motoria)	Cooperativa Sociale "Anderlini"
56	Riorganizzazione e ampliamento di un complesso adibito a RSA per disabili e comunità alloggio	Cooperativa Sociale "Anderlini"
57	Laborfelix: preparazione al lavoro e inserimento lavorativo programmato	Cooperativa Sociale "Anderlini"
58	Laboratorio di danza	AMA (Associazione Mani Amiche)
59	Consulta H	Comune di Zevio
60	Progetto Handicap & Sport	Centro Sportivo Italiano di Verona
61	Progetto sperimentale decentramento di alcune attività svolte a livello centrale nel Centro per l'Impiego di Legnago	SIL – Centro per l'Impiego di Legnago
62	Percorsi alla persona. La rete come strumento di sussidiarietà orizzontale nei percorsi di riqualificazione delle persone svantaggiate	AULSS 21 – Area Disabilità

5.3 AREA INFANZIA – MINORI – FAMIGLIA - GIOVANI

	TITOLO	PROPOSTO DA
1	La casa dei ragazzi	Associazione Piccola Fraternità di Bovolone
2	Progetto Musica	Comune di Ronco all'Adige
3	Centro Diurno Minorenni	Comune di Ronco all'Adige
4	Centro d'Incontro per minori	Comune di Bovolone Ass.ne "Eureka a Colori"
5	Progetto Doposcuola	Comune di Salizzole
6	"PEGASUS" attività e terapie assistite con l'ausilio del cavallo e altri animali	A.G.A.T.A. onlus
7	Asilo nido aziendale	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
8	Centro di aggregazione per prevenzione del disagio	Fondazione "Marcello Zanetti" Centro Servizi alla Persona
9	Progetto Bullismo	Consiglio Comunale dei Ragazzi, scuola primaria e secondaria (Legnago)
10	Progetto "Spazio mamme"	Comune di Legnago – Assessorato alle Politiche Sociali, Famiglia e Volontariato
11	Progetto Tagesmutter	Amministrazione della Provincia di Verona
12	Appartamento protetto	Comune di Legnago, Istituto "Don Calabria"
13	Scuola per genitori	Comune di Legnago, Istituto "Don Calabria", Comunità "San Benedetto"
14	Progetto giovani	Comune di Legnago
15	Sportello Donna	Comune di Legnago
16	Mediazione Scolastica	Opera "Don Calabria"
17	Minori a rischio e scuola	Comune di Zevio
18	Il rispetto verso gli altri	Cooperativa Sociale "Anderlini"
19	Centro pomeridiano per minori	Comune di Oppeano (Ufficio Promozione e Sviluppo)
20	Progetto comunità socio – riabilitativa – terapeutica per minori 6-12 anni	Il Ramo del Cedro coop. sociale onlus, Organo per la tutela del bambino, per la formazione e la ricerca, Comune di Minerbe
21	Appartamenti protetti per adolescenti con disagio psico sociale e psichico	Il Ramo del Cedro coop. sociale onlus, Organo per la tutela del bambino, per la formazione e la ricerca
22	Progetto Comunità socio – riabilitativa – terapeutica per adolescenti	Il Ramo del Cedro coop. sociale onlus, Organo per la tutela del bambino, per la formazione e la ricerca
23	Sviluppo della rete – organizzazione e redistribuzione territoriale aree e sedi consultoriali	AULSS 21 e consultori privati
24	Formazione operatori formali – formazione personale operante nei consultori familiari	AULSS 21 e consultori privati
25	Sportelli di orientamento e consulenza familiare	
26	Favorire l'accesso ai servizi – sportelli informativi e sportello informatico di rete	AULSS 21 e consultori privati
27	Comuni in rete	
28	Carta dei servizi multi-etnica	AULSS 21
29	Supporto alla famiglia – navigare insieme	AULSS 21 e consultori privati, Centro per la famiglia "La Rete" di Cerea
30	Spazio incontro	Cooperativa sociale "Il Giardino"
31	Mamme insieme	CAV Legnago e Centro per la famiglia "La Rete" di Cerea
32	La famiglia cresce	CAV Legnago e Centro per la famiglia "La Rete" di Cerea
33	Mamme in rete	Cooperativa sociale "Il Giardino"
34	Sostieni la vita nascente	CAV Legnago
35	Acca – Ti (H – T)	AULSS 21
36	Aspettando Baby	AULSS 21
37	Vicini alla famiglia	CAV Legnago e Centro per la famiglia "La Rete" di Cerea
38	Progetto estate (3-6 anni) E-state insieme (6-10anni)	Cooperativa sociale "Il Giardino"
39	Creazione di rapporti e relazioni inclusive tra territorio e agenzie formative territoriali – "La comunità educante"	AULSS 21, Comune di Cerea, Centro per la famiglia "La Rete" di Cerea
40	Percorsi di mutuo aiuto per genitori in situazione di disagio – laboratorio per la genitorialità	AULSS 21 e consultori privati, Centro per la famiglia "La Rete" di Cerea

41	Soccorso famiglia	AULSS 21, comunità alloggio "Mamma-bambino" di Cerea
42	Gruppi di parola	AULSS 21
43	Mediazione familiare	AULSS 21
44	Genitori e figli al centro	AULSS 21 e consultori privati, Centro per la famiglia "La Rete" di Cerea
45	Aspettando insieme	AULSS 21
46	L'adozione in movimento	AULSS 21
47	Vuoi giocare con me?	AULSS 21
48	Tavolo tecnico permanente sulle problematiche inerenti il benessere familiare e dei giovani	AULSS 21
49	Tavolo tecnico interistituzionale	AULSS 21
50	Un piccolo tetto per una grande famiglia	Centro per la famiglia "La Rete" di Cerea
51	Laboratori creativi - espressivi	AULSS 21
52	Famigliando oggi: esperienze per la promozione dell'agio e del protagonismo della famiglia	Ass. Papa Giovanni XXIII, Ass. Amici della Papa Giovanni XXIII
53	L'isola con le ali	Centro per la famiglia "La Rete" di Cerea
54	Borsa di studio in...	
55	Spazio adolescenti - giovani	AULSS 21
56	Basta poco... - centro di formazione permanente al volontariato e al Servizio Civile Volontario	Ass. Papa Giovanni XXIII, Ass. Amici della Papa Giovanni XXIII
57	Incremento, integrazione e diversificazione Progetto Tandem 21 - "area di lettura e presa in carico precoce e adeguata delle situazioni di significative e complesse disarmonie evolutive e di genitorialità disfunzionali"	AULSS 21, Conferenza dei Sindaci
58	Implementare e diversificare il Progetto Tandem 21 - "area sostegno ai genitori nel ciclo vitale della famiglia e di accompagnamento dei figli nelle diverse fasi di crescita"	AULSS 21
59	Protocollo d'intesa per l'inserimento lavorativo di adolescenti in difficoltà, tra CIM, Rotare Club, Provincia di Verona, Comune di Legnago, USSM Centro Giustizia Minorile	AULSS 21
60	Contrasto del disagio psico - sociale e psichico dei minori - dalla consulenza alla presa in carico"	AULSS 21
61	Centro diurno socio riabilitativo terapeutico per adolescenti	AULSS 21
62	Progetto comunità socio - riabilitativa - terapeutica per minori 6-12 anni	AULSS 21
63	Appartamenti protetti per adolescenti con disagio psico sociale e psichico	AULSS 21
64	Spazio ospedaliero di ricovero specifico per preadolescenti, adolescenti e giovani in fase acuta e d'emergenza psichiatrica	AULSS 21
65	Sostegno alla genitorialità sociale: interventi per lo sviluppo dell'affidamento familiare	AULSS 21, Regione Veneto
66	Promozione dell'accoglienza e dell'affidamento familiare e percorsi di sostegno alle famiglie affidatarie	Ass. Papa Giovanni XXIII, Ass. Amici della Papa Giovanni XXIII