

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE

DELLA REGIONE DEL VENETO

2019-2023



dott. Livio DAL CIN
TREVISO 20 dicembre 2018

Il piano socio sanitario regionale 2019-2023

Il disegno di legge DDL n. 13/2018

La Giunta regionale, su proposta del Presidente, ha approvato il 28 maggio u.s. il Disegno di Legge concernente il nuovo “Piano socio sanitario regionale 2019-2023”.

Si tratta di un disegno di legge che è stato presentato in data 31/05/2018 all'esame del consiglio regionale, che può fare delle modifiche.

La V commissione consiliare permanente (che si occupa di sanità e di sociale), a seguito dell'audizione dei vari soggetti del territorio e di quelli portatori degli interessi degli utenti, ha licenziato a maggioranza il piano in data 27/11/2018. Ora approderà in aula consiliare per l'esame e diventare quindi legge.

Il piano socio sanitario regionale 2019-2023

CHE COS'E'

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) è **lo strumento progettuale** mediante cui i responsabili politici e amministrativi di una Regione decidono e esplicitano le azioni programmatiche che si impegnano a realizzare nel tempo di vigenza dello stesso, per quanto riguarda l'articolazione delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali e gli obiettivi di salute che si vorrebbero raggiungere nello stesso periodo.

AMBITI ANALIZZATI

I profilo dei bisogni assistenziali dei veneti viene affrontato con un'analisi dedicata a numerosi ambiti:

- ❖ impatto dello scenario epidemiologico sulla domanda dei servizi sanitari;
- ❖ promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio;
- ❖ salute della donna e del bambino;
- ❖ percorso del paziente in ospedale;
- ❖ presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza;
- ❖ malattie rare;
- ❖ salute mentale;
- ❖ **integrazione socio sanitaria;**
- ❖ governo del sistema e delle aziende;
- ❖ governance del patrimonio informativo socio sanitario;
- ❖ governo della farmaceutica e dei dispositivi medici;
- ❖ governo e politiche per il personale; gestione delle risorse finanziarie e strumentali;
- ❖ ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie;
- ❖ rapporti con l'Università.

I PRINCIPI

Il piano richiama principi e obiettivi fondamentali:

- garanzia dell'universalità delle cure e dell'erogazione dei Lea;
- riduzione delle diseguaglianze di accesso;
- omogeneità delle prestazioni in tutto il territorio;
- integrazione socio-sanitaria; importanza della prevenzione;
- filiera della salute come ambito di sviluppo e benessere generale, da considerare come investimento e non come spesa.

Il piano socio sanitario regionale 2019-2023

INDICE ARGOMENTI

PSSR DELLA REGIONE DEL VENETO 2019-2023

LA SALUTE IN UN SISTEMA INTEGRATO

PARTE I: BISOGNI, DOMANDA E OFFERTA



1. Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari



2. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio



3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto



4. La salute della donna e del bambino



5. Il percorso del paziente in ospedale



6. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza



7. Le malattie rare



8. La salute mentale




9. L'integrazione socio-sanitaria



Il piano socio sanitario regionale 2019-2023

INDICE ARGOMENTI

PARTE II: I SISTEMI DI SUPPORTO	
	10. Il governo del sistema e il governo delle aziende
	11. La gestione del patrimonio informativo socio sanitario
	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
	13. Il governo e le politiche per il personale
	14. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali
	15. Ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie
	16. Rapporti con l'Università



Il piano socio sanitario regionale 2019-2023

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA



9. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Parole chiave

**Monitoraggio del bisogno Ricomposizione e focalizzazione delle risorse
Sussidiarietà Welfare di iniziativa Welfare di comunità Integrazione socio-
sanitaria Sinergia Inclusione Integrazione**

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

A fronte dell'invecchiamento progressivo della popolazione, dell'incremento nel numero delle persone non autosufficienti e di quelle con disabilità e dei vincoli di bilancio sempre più stringenti, occorre attivare componenti strategiche dipendenti dalla stessa persona, dalla sua famiglia e dalle comunità di riferimento che devono farsi parti attive dei processi.

L'invecchiamento non è necessariamente una patologia ma diventa anche opportunità di 'tempo liberato' e di risorsa sociale, le famiglie e le realtà territoriali sono spesso protagoniste di nuove forme di organizzazione e di integrazione sociale.

Un esempio della creazione di reti di filiera tra enti, servizi, famiglie e terzo settore e di collaborazione tra pubblico e privato è rappresentato dal bando della Legge n. 112/2016 del «**Dopo di Noi**» con il quale sono stati introdotti strumenti innovativi e flessibili che prevedono una presenza attiva e responsabile della persona con disabilità e della sua famiglia nella definizione e nel sostegno economico degli interventi volti a «*l'inclusione sociale, la cura e l'assistenza delle persone con disabilità grave*»

Emerge ripetutamente nel piano socio sanitario:

- l'esigenza di ricomposizione dei servizi intorno ai bisogni della persona;
- la presa in carico globale e personalizzata del paziente;
- la gestione multidisciplinare delle complessità cliniche;
- la piena attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (pdta);
- le dimissioni protette;
- la costituzione di una filiera dell'assistenza

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Ambiti di intervento strategico da sviluppare in continuità d'azione

- implementare modalità e tecniche socio educative abilitative e assistenziali – tutelari scientificamente supportate e capaci di perseguire il più alto livello possibile di autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienti
- Attivare sostegno e supporti erogati dai servizi della rete formale secondo priorità rispetto al bisogno, tenendo conto delle risorse personali e familiari, nonché delle specifiche capacità di contribuzione

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Ambiti di intervento strategico da sviluppare in continuità d'azione

- Rafforzare gli interventi a sostegno della domiciliarità;
- Promuovere percorsi di sostegno alla partecipazione e all'inclusione che pongano al centro le potenzialità della persona;
- Individuare precocemente i minori con problematiche comportamentali, mediante metodologie e strumenti multidimensionali per lo screening precoce.

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Ambiti di intervento strategico da sviluppare in continuità d'azione

Per le suddette finalità vengono confermati i seguenti parametri tecnico-organizzativi e di allocazione delle risorse:

- UVMD con il compito di effettuare la diagnosi del bisogno bio-psico-sociale e di individuare la risposta più appropriata: le attuali modalità di monitoraggio e di ri-valutazione degli assistiti devono essere riqualificati in capo all'UVMD
- Le schede di valutazione S.Va.M.A. e S.Va.M.Di. devono essere aggiornate migliorando la loro sensibilità nella graduazione dei bisogni
- Infine ultimo e diverso ambito strategico di intervento riguarda l'individuazione precoce dei minori con problematiche comportamentali, mediante metodologie e strumenti multidimensionali per lo screening precoce

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Ambiti di intervento strategico da sviluppare con azioni innovative

Il piano intende perseguire nel miglioramento dei livelli di efficacia ed efficienza delle misure in atto a favore della **DOMICILIARITA'**, come il **rafforzamento dei processi di continuità ospedale-territorio** (attraverso protocolli di presa in carico globale delle persone con limitazioni, assistiti a domicilio e reti strutturate e standardizzate per garantire in modo coordinato la continuità assistenziale), **l'aggiornamento del sistema delle impegnative di cura domiciliare** e la **qualificazione degli assistenti familiari** attraverso corsi specifici e l'istituzione di elenchi regionali e la previsione di contributi in caso l'assistente familiare sia stato individuato nell'ambito di detti elenchi e regolarmente contrattualizzato.

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Altra strategia innovativa è **il ripensamento dell'attuale sistema delle unità di offerta residenziali e semiresidenziali**, stabilito dalla L.R. 22/2002, al fine di renderlo più coerente a:

- Relazione tra profili di gravità, clinica e funzionale, da un lato, e la tipologia della struttura dall'altro
- Le tendenze evolutive dei bisogni legate all'invecchiamento
- Flessibilità e variabilità della risposta in relazione alle effettive condizioni di bisogno
- La sostenibilità complessiva del sistema

CONSEQUENTE rimodulazione delle unità di offerta sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare progressivamente gli standard previsti dalla L. R. 22/2002 alle esigenze assistenziali e alla sostenibilità economica del sistema

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Azioni strategiche strumentali

- Sviluppo di un approccio globale e inter-istituzionale alla Long Term Care (interventi assistenziali continuativi di lunga durata)
- Obiettivo strategico: dare valore alla visione globale dell'integrazione socio sanitaria affinché l'azione coordinata delle varie istituzioni possa prendersi cura anche di quelle persone che non sono in grado di esprimere il proprio stato di bisogno
- Realizzazione di una infrastruttura informativa che superi la frammentazione delle banche dati appartenenti a soggetti autonomi, ma operanti comunque nel sistema sociale
- Formule di raccordo tra i vari organismi di valutazione dei bisogni assistenziali (UVMD, Commissioni mediche per accertamento invalidità civile ai fini INPS) mediante condivisione delle valutazioni secondo approcci multidimensionali e multidisciplinari



9.2 L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Un esempio: Le dipendenze

Si stanno diffondendo tra le nuove generazioni nuovi fenomeni quale il consumo di alcool, l'uso improprio di farmaci e di vari tipi di sostanze, nonché altre forme di dipendenza quali quella da utilizzo di strumenti elettronici e da gioco.

Azioni prioritarie sono individuate per la prevenzione primaria e selettiva e per la cura e riabilitazione.

In materia di gioco d'azzardo la nostra Regione ha un livello di problematicità superiore a quello delle altre regioni.

Obiettivi:

- Potenziamento dell'accessibilità e organizzazione dei servizi
- Ampliamento dell'offerta e delle tipologie di cura
- Aggiornamento e formazione degli operatori e dei servizi sanitari
- Sperimentazione di forme di trattamenti residenziale e semiresidenziale.

9.2 L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Un esempio: Le dipendenze

L'attuazione delle azioni strategiche dovrà essere garantita dalla sinergia tra servizi per le dipendenze, Conferenza dei Sindaci, comitati dei Sindaci, integrazione pubblico-privato sociale e la rete del volontariato locale

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Il Distretto, come sottolineato in varie parti del documento di programmazione, rappresenta il luogo dove nel concreto prende forma l'integrazione delle attività e servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Per quanto riguarda la figura del **direttore di distretto**, data la centralità di questo ruolo, le sue funzioni saranno definite dalla Regione con un successivo provvedimento, distinguendole da quelle del **direttore dei servizi socio sanitari**.

Definizione condivisa di **protocolli operativi** strutturati e standardizzati per il coordinamento e l'integrazione delle azioni specifiche di ciascun soggetto della rete,

Approfondiamo: IL DISTRETTO

La normativa nazionale e regionale individua nel **Distretto Socio Sanitario** l'ambito privilegiato di attuazione dei processi di effettiva integrazione, ricordando come l'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenti una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato dove si realizza l'integrazione fra le risposte dei servizi sanitari e sociali, sia in senso longitudinale (continuità dell'assistenza nelle fasi di passaggio da un servizio all'altro, in relazione all'evoluzione del bisogno) che trasversale (raccordo fra le prestazioni contemporaneamente erogate dai diversi livelli di assistenza) per dare risposta ai bisogni complessi della persona, garantendo la **continuità delle cure sia nel passaggio tra ospedale e territorio, sia nella sinergia fra strutture residenziali, semiresidenziali e domiciliari.**

Cardine di questo processo appare l'Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale (UVMD) che, consentendo la gestione unitaria della domanda, rende possibile la valutazione, la predisposizione ed il monitoraggio condivisi del progetto individuale del cittadino-utente, attraverso la definizione delle responsabilità reciproche e delle collaborazioni tra servizi.

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Ambiti di intervento strategico sulle strutture di offerta socio-sanitaria

- Processi di **delega** dai Comuni alle ULSS estesa alla totalità dei servizi sociali al fine di perseguire l'obiettivo di ricomposizione globale delle risorse, evitando frammentazioni, sovrapposizioni ecc.;
- Strumento primario di ricognizione dei bisogni e di integrazione socio sanitaria è il **Piano di Zona del Distretto** che ha una fondamentale importanza nel procedimento regionale di accreditamento delle unità di offerta.

9. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Ambiti di intervento strategico sulle strutture di offerta socio sanitaria

- Il perno organizzativo sono i **26 distretti socio-sanitari**, vera centrale operativa e punto di raccordo tra i servizi e nonché interfaccia con famiglie e utenti. Il loro ruolo, già potenziato con la riforma delle Ulss sarà sempre più centrale per collegare sanità e territorio;
- la revisione degli standard autorizzativi e di accreditamento delle strutture esistenti
- la trasformazione, mediante fusione/aggregazione delle Ipab in Aziende pubbliche di servizi alla persona (A.P.S.P.), qualificandole come soggetti della programmazione regionale e locale;
- Il volontariato come risorsa, in cui si verifica la corresponsabilità nella realizzazione di un welfare mix partecipato e attraverso cui si diffonde la cultura della cittadinanza attiva.

Approfondiamo: delega dai Comuni alle ULSS

LA "DELEGA"

Trasferimento con attribuzione di poteri autonomi deliberativi ad un soggetto che in origine non era titolare. L'attribuzione conferisce una piena autonomia decisionale e di gestione nonché un'adeguata disponibilità economica e di mezzi materiali.

La delega deve indicare in modo specifico ed analitico i poteri conferiti al delegato: necessità imprescindibile nella delega è definire e precisare in modo puntuale il contenuto della stessa.

Fondamenti di Diritto Amministrativo

AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SOCIALE
FUNZIONI OBBLIGATORIE E FUNZIONI DELEGATE
DALLE AMMINISTRAZIONI COMUNALI
ALL'AZIENDA ULSS 2 "MARCA TREVIGIANA"

La Regione del Veneto ha consolidato nel corso degli ultimi trent'anni il modello dell'integrazione socio-sanitaria che si basa sulla forte "tradizione" e cultura della solidarietà ed è stato costantemente mantenuto e rafforzato negli atti normativi e nelle disposizioni applicative emanate dalla Regione stessa.

Gli assi strategici che hanno sostenuto il percorso dell'integrazione socio-sanitaria hanno trovato espressione nel Distretto quale unità territoriale per la realizzazione dell'integrazione delle risposte socio-sanitarie e nell'incentivazione delle deleghe di gestione dei servizi sociali e socio sanitari alle Aziende ULSS da parte delle Amministrazioni Comunali.

**AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SOCIALE
FUNZIONI OBBLIGATORIE E FUNZIONI DELEGATE
DALLE AMMINISTRAZIONI COMUNALI
ALL'AZIENDA ULSS 2 "MARCA TREVIGIANA"**

Le ex Aziende ULSS 7 – 8 – 9, ora confluite nell'unica Azienda Ulss 2 “Marca Trevigiana”, in ottemperanza alle disposizioni regionali, hanno promosso l'esercizio della delega da parte dei Comuni alle Aziende ULSS nella gestione dei servizi sociali e socio-sanitari, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio.

Ciò in piena coerenza con quanto previsto dalla L.R. 56/94 all'art. 8: *“La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle Unità locali sociosanitarie”*, scelta confermata dalla successiva L.R. 5/1996 e dall'ultimo piano sociosanitario (L.R. 23/2012) che prevede esplicitamente la delega delle funzioni sociali.

AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SOCIALE
FUNZIONI OBBLIGATORIE E FUNZIONI DELEGATE
DALLE AMMINISTRAZIONI COMUNALI
ALL'AZIENDA ULSS 2 "MARCA TREVIGIANA"

I Comuni dei tre Distretti dell'Azienda ULSS 2 "Marca Trevigiana" non solo hanno esercitato la loro funzione di delega alle Aziende ULSS delle funzioni cosiddette "obbligatorie" (prestazioni sociali a rilevanza sanitaria), ma, nel corso degli anni, hanno esercitato anche la loro funzione di delega alle Aziende ULSS delle funzioni cosiddette "facoltative" (altre prestazioni sociali di competenza dei Comuni) conferendo alle ULSS stesse le relative risorse per il tramite del Bilancio di Parte Sociale.

La gestione associata ha garantito nel corso degli anni tre importanti risultati:

1. la realizzazione di un sistema coordinato e integrato dei servizi dal punto di vista organizzativo e professionale: ciò significa garantire agli utenti una presa in carico unitaria governata da un équipe multidisciplinare;
2. la distribuzione omogenea dei servizi nel territorio: la gestione dei servizi in ambito aziendale consente la realizzazione di un sistema di offerta sufficientemente equo perché elimina le frammentazioni e le disparità presenti in contesti in cui la gestione non è associata. Questo sia per quanto concerne la tipologia e la consistenza dell'offerta, sia per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa per i servizi che la prevedono.

AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SOCIALE
FUNZIONI OBBLIGATORIE E FUNZIONI DELEGATE
DALLE AMMINISTRAZIONI COMUNALI
ALL'AZIENDA ULSS 2 "MARCA TREVIGIANA"

3. lo sviluppo di opportune sinergie ed economie di scala: gestire in modo unitario determinati servizi comporta benefici ben individuati, quali la possibilità di assicurare confronto professionale, supervisione e formazione congiunta, flessibilità nell'utilizzo del personale. Ma consente anche un contenimento dei costi soprattutto quando i servizi sono effettuati in collaborazione con enti gestori terzi.

AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SOCIALE
FUNZIONI OBBLIGATORIE E FUNZIONI DELEGATE
DALLE AMMINISTRAZIONI COMUNALI
ALL'AZIENDA ULSS 2 "MARCA TREVIGIANA"

Allo stato attuale le materie delegate dai Comuni nell'ambito dei tre Distretti, ex art.26 L.R. 19/2016, dell'Azienda ULSS 2 "Marca Trevigiana" sono le seguenti:

DELEGHE OBBLIGATORIE
Centri diurni per disabili
Servizio Trasporto a utenti disabili presso i Centri Diurni
Servizi residenziali per disabili
Servizio di Assistenza scolastica per alunni disabili
Servizio per l'integrazione lavorativa
Gestione borse lavoro e convenzioni per inserimento lavorativo utenti disabili, salute mentale, tossicodipendenti, minori
Centro per l'affido e la solidarietà familiare
Piano di Zona

AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SOCIALE
FUNZIONI OBBLIGATORIE E FUNZIONI DELEGATE
DALLE AMMINISTRAZIONI COMUNALI
ALL'AZIENDA ULSS 2 "MARCA TREVIGIANA"

DELEGHE FACOLTATIVE
Tutela minori art. 23 DPR n. 616/1977 (inserimento minori in strutture residenziali/affido e relativa gestione amministrativa contabile)
Interventi educativi domiciliari e/o territoriali minori/giovani
Gestione amministrativa e contabile delle n.6 Linee di Intervento delle Impegnative di Cura Domiciliare – ICD (ex DGR 1338/2013)
Gestione amministrativa contabile quota sociale solidale della residenzialità disabili
Gestione amministrativa contabile quota sociale solidale della residenzialità salute mentale
Gestione amministrativa progetti nazionali / regionali / comunali aree Piano di Zona
Funzioni di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale per le strutture sociali

**AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E SOCIALE
FUNZIONI OBBLIGATORIE E FUNZIONI DELEGATE
DALLE AMMINISTRAZIONI COMUNALI
ALL'AZIENDA ULSS 2 "MARCA TREVIGIANA"**

I tre Distretti dell'Azienda ULSS 2 "Marca Trevigiana" assicurano i L.E.A. oggetto di delega obbligatoria con una sostanziale omogeneità erogativa dei servizi previsti dalla vigente normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Una buona omogeneità organizzativa ed erogativa è abbastanza riscontrabile anche per le deleghe facoltative, seppur con qualche distinguo e particolarità che deriva dal particolare vissuto storico delle singole realtà locali.



DELEGHE EX AZIENDA ULSS N. 7

SERVIZI FINANZIATI CON QUOTA CAPITARIA
Centri Diurni per persone con disabilità
Comunità Alloggio e R.S.A. per persone con disabilità
Gruppi appartamento per persone con disabilità
Servizio trasporto di utenti disabili ai Centri Diurni
Progetti innovativi CEOD (DGRV n. 739/2015)
Percorsi riabilitativi individuali per utenti Salute Mentale attraverso inserimento in strutture protette (Comunità Alloggio di base, Comunità Alloggio estensiva e Gruppo Appartamento) e convenzioni per inserimento lavorativo
Borse Lavoro e convenzioni per inserimento lavorativo utenti disabili, tossicodipendenti, minori
Servizio residenziale nell'area della Marginalità Sociale
Centri estivi per minori disabili
Centro per l'affido e la solidarietà familiare
Adozioni
Interventi educativi domiciliari e/o territoriali minori/giovani
Progetti dell'Area Immigrazione
Servizio amministrativo e Direzione Servizi Sociali
Altro personale non incluso nei Servizi citati
SERVIZI FINANZIATI CON SISTEMA MISTO (32,5% IN QUOTA DI SOLIDARIETA' PER ABITANTE E 67,5% IN BASE AL NUMERO DELLE ORE SETTIMANALI ASSEGNATE AL MINORE DAL GRUPPO DI LAVORO PER LA PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE)
Servizio di Assistenza Scolastica
SERVIZI FINANZIATI CON SISTEMA MISTO (50% IN QUOTA DI SOLIDARIETA' PER ABITANTE E 50% IN BASE AL NUMERO DEGLI UTENTI)
Servizio di trasporto scolastico disabili minori presso l'Istituto "La Nostra Famiglia" di Conegliano

DELEGHE EX AZIENDA ULSS N. 8

SERVIZI FINANZIATI CON QUOTA CAPITARIA
Centri Diurni per persone con disabilità
Comunità alloggio per persone con disabilità (a)
Gruppi appartamento per persone con disabilità (b)
Servizio trasporto di utenti disabili ai Centri Diurni
Servizio di Assistenza Scolastica
Borse Lavoro utenti disabili, dell'area salute mentale e dipendenze
Centri estivi per minori disabili (c)
Servizio amministrativo e Direzione Servizi Sociali
Altro personale non incluso nei Servizi citati
SERVIZI FINANZIATI CON SISTEMA MISTO
Tutela sociale minorile: inserimenti in comunità e affidi

Note A. ULSS n. 8:

Solo utenti delle comunità alloggio con "quota sociale associata"

Trattasi di gruppi appartamenti funzionanti nei week-end

L'assistenza nei centri estivi è stata erogata quale prestazione rientrante nelle ICDp.

La quota di solidarietà copre circa il 10% dei costi di inserimento in comunità.

DELEGHE EX AZIENDA ULSS N. 9

SERVIZI FINANZIATI CON QUOTA CAPITARIA	
Centri Diurni per persone con disabilità	
Comunità alloggio per persone con disabilità	
Gruppi appartamento per persone con disabilità	
Servizio trasporto di utenti disabili ai Centri Diurni	
Servizio di Assistenza Scolastica	
Percorsi riabilitativi individuali per utenti del D.S.M. attraverso inserimento in appartamenti protetti (Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento) e convenzioni per inserimento lavorativo	
Borse Lavoro utenti disabili	
Sperimentazione di servizi diurni e residenziali nell'area della Marginalità Sociale	
Struttura per donne in difficoltà presso l'Istituto "Brandolini Rota" di Oderzo	
Centri estivi per minori disabili	
Nuovo progetto: Affidamento familiare di utenti disabili	
Servizio amministrativo e Direzione Servizi Sociali	
Altro personale non incluso nei Servizi citati	
SERVIZI FINANZIATI CON SISTEMA MISTO (20% IN QUOTA DI SOLIDARIETA' PER ABITANTE E 80% IN BASE ALL'EFFETTIVO UTILIZZO)	
Tutela sociale minorile: inserimenti in comunità e affidi	
Utenti disabili in istituto presso strutture accreditate non convenzionate	

Approfondiamo: Il Piano di Zona uno strumento partecipato di programmazione

La Legge Regionale 56/94 ed il Piano Socio Sanitario Regionale 1996/98 definiscono il Piano di Zona quale strumento elettivo per conseguire l'integrazione delle attività tra servizi sociali e servizi socio sanitari e tra soggetti pubblici e privati negli ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le AZIENDE ULSS

La SUCCESSIVA normativa NAZIONALE E REGIONALE in tema di Servizi Sociali, conferma ed amplifica la valenza strategica del Piano di Zona dei Servizi alla Persona quale strumento primario dei Comuni, d'intesa con le UU.II.ss.ss., per la realizzazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio sanitaria locale nella logica del principio di sussidiarietà orizzontale e verticale.

Piano di Zona: uno strumento partecipato di programmazione

La normativa vigente definisce la titolarità per la formulazione dei **Piani di Zona** in base alle responsabilità che i diversi Attori istituzionali hanno sulle materie oggetto di programmazione locale, individuando nei Comuni, associati nella Conferenza dei Sindaci, e nella **Regione**, per il tramite delle AA.UU.II.ss.ss., i soggetti prioritariamente responsabili dell'attività di programmazione.

Gli altri soggetti istituzionali e sociali pur nel rispetto dei diversi ruoli e competenze, sono chiamati a condividere un modello partecipato di programmazione delle attività e degli interventi, di realizzazione e di valutazione degli stessi, di messa in rete delle risorse.

Piano di Zona: uno strumento partecipato di programmazione

La **valorizzazione delle diverse responsabilità** è un principio che la L. 328/2000 – Legge quadro per i gli interventi e i servizi sociali integrati – pone a FONDAMENTO delle politiche sociali partecipate secondo l’orientamento che chiama l’intera comunità locale a rendersi responsabile del proprio sviluppo, in una logica di sussidiarietà e di condivisione delle responsabilità ai diversi livelli;

gli articoli n. 1 e n. 5 valorizzano infatti “...*il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali...*” chiarendo che la formulazione degli obiettivi strategici di benessere sociale e la verifica del loro raggiungimento deve vedere anche il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti.

In questo senso **la concertazione** è vista non solo come strategia di valorizzazione dei diversi soggetti attivi nelle politiche sociali, ma anche e soprattutto come condizione strutturale e strategica per facilitare l’incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili nel territorio, da investire nei traguardi definiti dalla programmazione.

Piano di Zona: uno strumento partecipato di programmazione

Col Piano di Zona si sono aperte dunque nuove opportunità di promuovere processi di sussidiarietà attivando la solidarietà tra i soggetti presenti sul territorio ed investendo sul positivo potenziamento reciproco tra diritti e doveri di cittadinanza sociale.

Dalla Teoria alla Pratica: esperienza dell'AULSS 2 Marca Trevigiana

CONCLUSIONI

STRATEGIE COMPLESSIVE DI MANTENIMENTO – RINNOVAMENTO DEL WELFARE *(DAGLI STUDI IRS)*

- Meno erogazioni economiche e più servizi –interventi
- Modificare e allargare il perimetro delle risorse finanziarie
- Investire in valutazione e riprogettazione efficiente ed efficace
- Necessità di mettere in campo altre risorse (non solo economiche) e sperimentare nuove forme di ingaggio attivo della comunità (nella ricerca di soluzioni e come parte della risposta)
- Preservare e sviluppare la funzione programmatoria
- Innovare i modelli erogativi anche con “patti” di coprogettazione

Dalla Teoria alla Pratica: esperienza dell'AULSS 2 Marca Trevigiana

Grazie dell'attenzione

Livio Dal Cin

livio.dalcin@aulss2.veneto.it