

B. Le aree di intervento

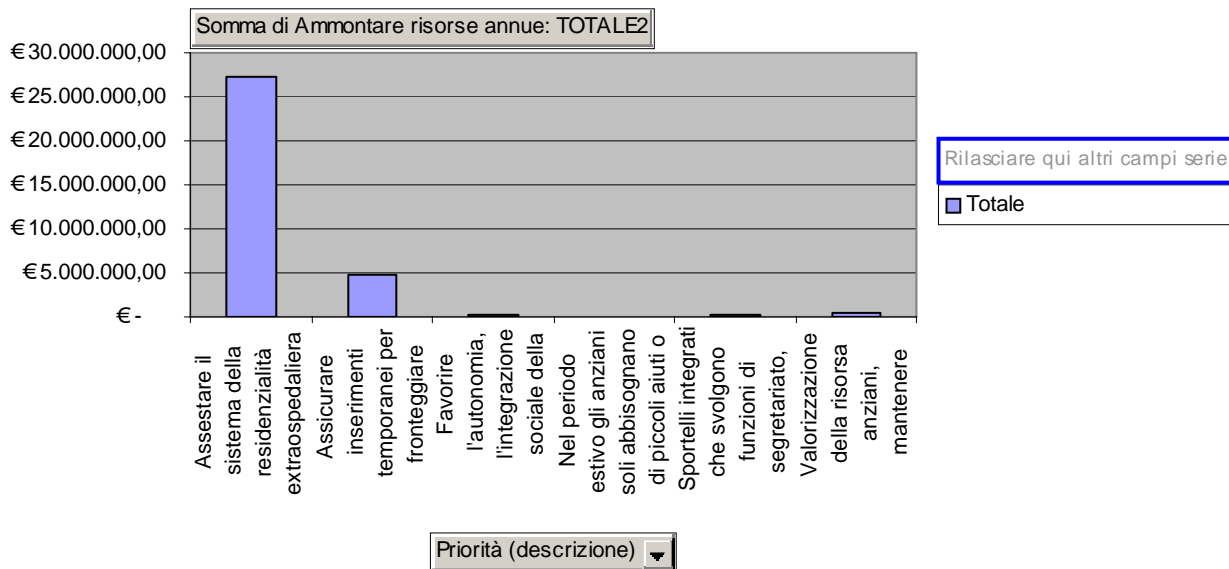
B1. Area di intervento "anziani"

Di seguito un' analisi delle priorità specifiche dell' area di intervento Anziani.

Priorità (descrizione)	Totale	%
-Assestare il sistema della residenzialità extraospedaliera	€ 27.366.564,45	82,9%
-Assicurare inserimenti temporanei per fronteggiare situazioni di emergenza socio-sanitaria o dare sollievo alle famiglie	€ 4.757.010,24	14,4%
-Favorire l'autonomia, l'integrazione sociale della persona e del suo nucleo familiare.	€ 136.283,00	0,4%
-Nel periodo estivo gli anziani soli abbisognano di piccoli aiuti o interventi.	€ 1.500,00	0,005%
-Sportelli integrati che svolgono funzioni di segretariato, attività informative per favorire l'accesso ai servizi territoriali.	€ 256.868,00	0,8%
-Valorizzazione della risorsa anziani, mantenere autonomia, relazionalità ed interessi vari.	€ 508.215,17	1,5%
Totale complessivo	€ 33.026.440,86	100%

Anno 2007 Area di Intervento Anziani

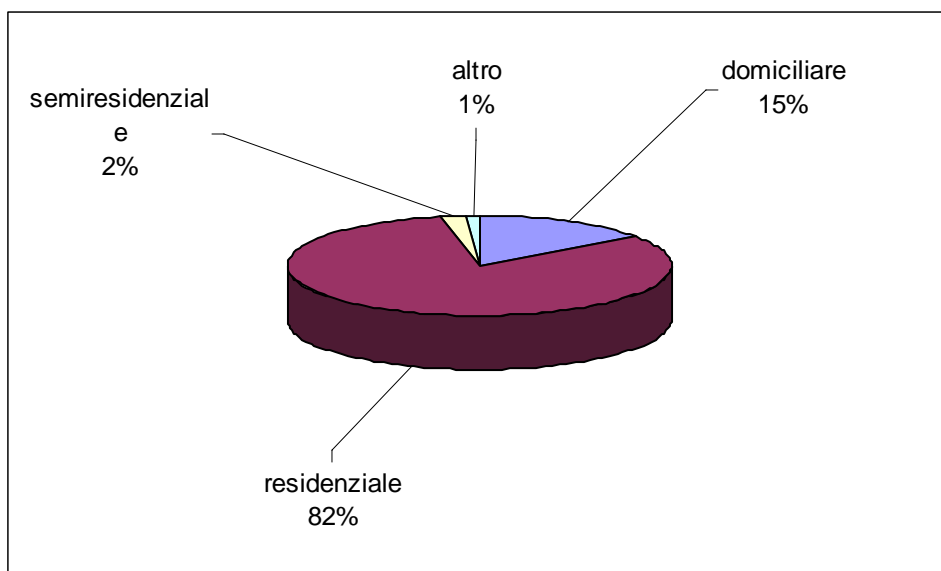
Totale



Emerge un consistente investimento nel sistema della residenzialità, che assieme agli inserimenti temporanei per fronteggiare situazioni di emergenza socio-sanitaria (priorità che comprende l'assistenza domiciliare) assorbono oltre il 90% delle risorse.

La successiva analisi propone la suddivisione delle risorse in base ai percorsi assistenziali, all'interno dell' area di riferimento. La voce altro è il risultato della somma di quelle azioni non riclassificabili nelle voci antecedenti, e comprende, sostanzialmente, il servizio sociale professionale e le integrazioni economiche.

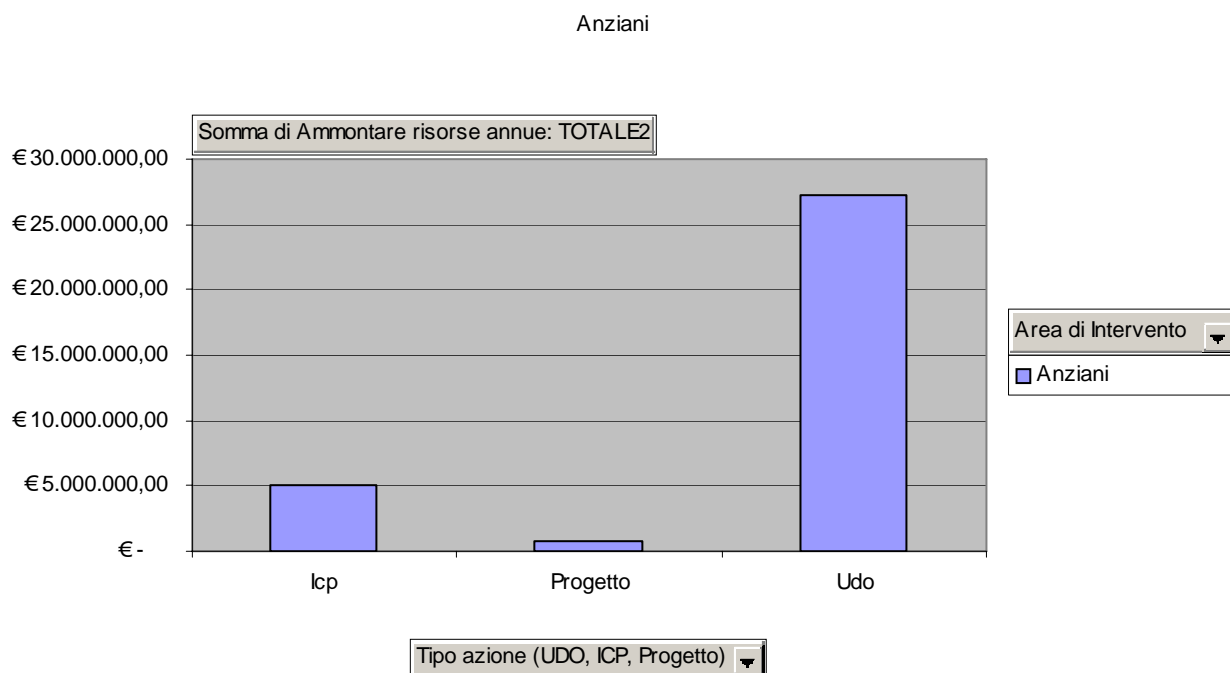
Percorso	Risorse	%
domiciliare	€ 5.008.500,48	15,2%
residenziale	€ 26.877.230,25	81,4%
semiresidenziale	€ 735.738,07	2,2%
altro	€ 404.972,08	1,2%
totale	€ 33.026.440,86	100%



A conferma dei dati precedenti, dove i percorsi residenziali e domiciliari assorbono rispettivamente circa l' 82% e il 15% delle risorse, la successiva rappresentazione delle risorse, in base alle tipologie di azioni, ribadisce l' importanza di tali percorsi nell' area anziani, attuati mediante udo e icp: tipologie di azioni che assorbono rispettivamente oltre il 90% delle risorse.

tipologia	risorse	%
udo	€ 27.219.102,75	82,4%
icp	€ 5.097.965,94	15,4%
progetti	€ 709.372,17	2,1%
totale	€ 33.026.440,86	100,0%

Anno 2007



B1.1 I servizi

Nell' anno 2007 sono stati potenziati i servizi per la residenzialità con particolare riferimento agli accoglimenti temporanei determinati da condizioni di ordine sociale (carenza della rete familiare) e di ordine sanitario (necessità di effettuare periodi di riabilitazione, in seguito ad eventi patologici, non perseguibili a domicilio e spesso imposti dalle logiche ospedaliere che sempre più tendono alla dimissione trascorso il periodo dell'acuzie).

Sono quindi aumentati gli inserimenti in Pronta Accoglienza e sollievo; sono stati attivati nuovi servizi quali UTAP, Alta Intensità, Ospedale di Comunità. Nell'ambito della residenzialità a carattere continuativo più che ad un aumento di posti letto si è assistito ad un trasformazione di quelli esistenti per l'accoglimento dei soggetti affetti da demenza .

Con riferimento poi alla domiciliarità i Comuni del territorio rilevano un trend di potenziamento dei servizi domiciliari, riscontrato nelle varie azioni inserite nel Piano di Zona. In generale si assiste ad un progressivo aumento della domanda di assistenza domiciliare da parte di anziani soli o coppie di anziani soli a cui si fa fronte con le risorse disponibili. E' interessante invece osservare quanto i servizi a domicilio, per effetto dell'azione integrata tra sociale e sanitario, sempre più si fanno carico di situazioni complesse, soprattutto per gli aspetti sanitari, prevenendo in tal modo ricoveri impropri in ospedale e sostenendo in modo significativo le famiglie.

B1.2 I progetti

L'incidenza dei progetti nell'area è marginale, come attestano i dati relativi alla distribuzione delle risorse.

La maggior parte delle azioni progettuali afferiscono ad interventi comunali.

Sono stati realizzati entrambi i progetti di sistema: adozione di un regolamento per l'accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali (con il coinvolgimento degli stessi centri di servizio residenziale) e adozione di un regolamento per l'accesso al SAD (con il coinvolgimento dei Comuni dell'ULSS 5).

Entrambi necessitano di perfezionamento specie per quanto riguarda alcuni aspetti interpretativi delle norme (V. in particolare il progetto per l'accesso alla residenzialità ad integrazione del quale si stanno predisponendo delle linee guida) e per quanto riguarda l'applicazione di alcune procedure.

Lo sportello handicap iniziato in collaborazione con Diakonia-Caritas di Vicenza, nel comune di Chiampo, non ha trovato sufficiente interesse ed è stato chiuso per le seguenti motivazioni:

- 1) difficoltà di relazione tra più enti diversi (volontariato, associazioni private, ente pubblico)
- 2) mancanza di chiarezza nelle iniziative
- 3) difficoltà nel coinvolgimento del territorio in termini di volontariato e di richieste precise.

B1.3 I risultati

Per quanto riguarda la copertura del target, senza dubbio la domanda è aumentata rispetto alla rilevazione fatta dal Piano di Zona ed è destinata ad aumentare progressivamente. La copertura del target non è sempre garantita, lo dimostrano in genere le liste di attesa per l'accesso ai servizi residenziali sia a lungo termine sia per accoglimenti temporanei.

I dati disponibili tuttavia sono settoriali e spesso si riferiscono ad aree specifiche di intervento e fanno capo solo a chi ne ha la gestione (V.p.es. dati SVAMA; turn over nelle strutture; soggetti in ADI in SAD ecc.), mancano pertanto studi strutturati che consentano di leggere i fenomeni nella loro interezza e nel tempo. L'area risente complessivamente di carenza di risorse, specie sul fronte della residenzialità, dove i numeri confermano l'elevato scostamento tra popolazione anziana residente e impegnative di residenzialità. Consistente è infatti la lista di attesa per l'accesso in struttura e altrettanto rilevante è il fenomeno degli ingressi a retta intera. Manca anche un riconoscimento adeguato (non è rispettato il numero dei posti previsto dalla programmazione regionale) di nuclei di media intensità all'interno dei centri di servizio per fronteggiare l'aumento di ingressi ad elevato livello assistenziale.

Ancor più in difficoltà appare lo stato della domiciliarità dove ancor prima di carenze di risorse sembra prevalere una sostanziale carenza di cultura della domiciliarità. In altre parole le famiglie come possono, e con le risorse che riescono a procurarsi, (V. in particolare il fenomeno badanti) si arrangiano nell'assistenza dei propri non autosufficienti e ricorrono al ricovero in istituto solo di fronte alla insostenibilità della situazione.

Si ricorda che l'area è fortemente condizionata, per quanto riguarda l'ambito di azione dell' ULSS, da due fattori fondamentali:

- la programmazione regionale, per quanto attiene la residenzialità (vedasi in proposito tutto il sistema che fa capo alle impegnative di residenzialità),
- il sistema delle deleghe comunali per quanto attiene la domiciliarità, si tratta infatti di risorse predeterminate che non consentono di realizzare progettualità innovative.

Laddove è stato possibile sperimentare nuove tipologie di servizi è avvenuto con i finanziamenti per il sollievo, affidati in gestione all' ULSS, con i quali si è potuto dare impulso a nuove forme di sostegno alla domiciliarità attraverso i ricoveri temporanei.

La gestione unificata in capo all' ULSS dei finanziamenti ha consentito il raggiungimento degli obiettivi posti dal Piano di Zona, si veda in proposito i finanziamenti per il sollievo e l'assegno di cura.

Così dicasi per i finanziamenti per il servizio di Pronta accoglienza e di Alta Intensità assistenziale: la maggior efficacia nel raggiungimento dei risultati è diventata possibile in quanto è stato considerato prioritariamente il grado del bisogno e non il luogo di provenienza. La crescente collaborazione tra Comuni e centri di servizio residenziale ha favorito la corretta interpretazione delle esigenze della popolazione di riferimento o del target di riferimento. I risultati, ancora tuttavia perfettibili, sono stati raggiunti grazie alla condivisione, da parte di tutti gli attori, dei medesimi obiettivi di salute e di benessere per le famiglie.