

# **PIANO DI ZONA 2013-2015**

## **PIANO LOCALE PER LA DOMICILIARITA'**

**SACILE, 16.11.2015**

## Premessa

Il Piano Locale per la domiciliarità è stato elaborato nel 2011 a cura di un gruppo tecnico-politico costituito dai referenti dell'area anziani e dell'area disabilità e dai rappresentanti politici dei comuni di Aviano, Budoia e Caneva, incaricati al riguardo dall'Assemblea dei Sindaci.

Il gruppo si era proposto due obiettivi importanti:

- **censire e valorizzare** tutte le esperienze che nei diversi comuni erano state avviate a favore degli anziani, e della non autosufficienza in generale, e renderle fruibili da tutti i comuni in una logica di reciprocità e scambio superando le disomogeneità territoriali;
- **contenere** in un unico strumento di programmazione tutti i servizi, interventi, progetti e attività che concorrono a sostenere la domiciliarità superando le frammentarietà presenti e creando un sistema di connessione tra gli stessi.

A luglio 2011 il primo documento elaborato dal gruppo è stato condiviso con l'Assemblea dei Sindaci ed inserito nel Piano di Zona individuando, contestualmente, quale strumento maggiormente idoneo alla sua gestione, lo strumento della coprogettazione.

## Perché un Piano per la domiciliarità

Il termine domiciliarità, apparso per la prima volta in alcuni studi degli anni 90, ha assunto valore programmatico con la legislazione più recente a partire dalla legge nazionale di riforma del sistema socio-assistenziale n. 328/2000 e fino alla legge regionale n. 6/2006.

Condividendo l'approccio concettuale indicato dagli studi e dalla normativa, Favorire la permanenza a domicilio di tutte le persone in difficoltà è infatti un obiettivo che il Servizio Sociale dei Comuni ha assunto da sempre e, anche alla luce dei dati su esposti, si è inteso operare non solo agendo sul versante della tutela per le condizioni di non autosufficienza conclamata ma agendo anche sul versante della fragilità che rappresenta l'area di primo passaggio dall'autonomia alla dipendenza.

In questi anni quindi, operando nella logica individuata dal Piano, e con la collaborazione delle cooperative co-progettanti, abbiamo realizzato:

- una organizzazione omogenea, su tutto il territorio dell'Ambito, dei servizi storicamente dedicati quali: servizio di assistenza domiciliare, servizio erogazione pasti a domicilio, fruibilità dei centri sociali e diurni aperta a tutti i comuni dell'Ambito, erogazione del fondo per l'autonomia possibile con progetti condivisi, servizio di accompagnamento sociale, telesoccorso; in ogni comune dell'Ambito questi servizi sono presenti, radicati nella cultura dei servizi, svolti con professionalità di cura centrata sul progetto individuale e di comunità ed erogati con modalità e tempi analoghi ovunque;
- la realizzazione di nuovi servizi attraverso la collaborazione con il centro per l'impiego finalizzati ad una miglior gestione dell'assistenza privata (badanti) che attraverso la sinergia creata con le cooperative, con le agenzie interinali e con il volontariato locale offre sostegno alle famiglie anche negli aspetti burocratici e di gestione dei contratti di lavoro oltre che nel merito tecnico dell'assistenza,

L'approccio di assistenza e cura adottato valorizza la persona, la sua famiglia ed il suo ambiente di vita operando in modo progettuale ed individuale con la consapevolezza che, per ogni problema e/o difficoltà vadano ricercate tutte le soluzioni per integrare le risorse della persona e della sua famiglia con i servizi sanitari e con le risorse della comunità. A volte un progetto di domiciliarità sembra impossibile, ma ogni tentativo va espletato per cercare soluzioni alternative e migliorative per la persona.

Ricordiamo gli obiettivi richiamati nella prima stesura del Piano e tuttora attuali:

- perseguire con puntualità l'obiettivo di rendere **omogenea** sul territorio dell'Ambito l'offerta dei servizi rivolti alla domiciliarità, assunta nell'ottica della valorizzazione delle esperienze, risorse e vocazioni di ogni territorio;
- **promuovere la cultura della domiciliarità** perché tutti, se lo desiderano, possano rimanere nella propria casa;
- rinforzare, sviluppare e far crescere la **rete** dei servizi territoriali e delle risorse delle comunità, con attenzione in particolar modo al **volontariato** per rispondere in modo adeguato in relazione all'evoluzione dei bisogni e della domanda e all'attivazione delle risorse complessivamente presenti;
- favorire **percorsi di solidarietà e sussidiarietà comunitaria** perché anche nella difficoltà possano essere mantenute, nella vita di ogni giorno, reti di relazioni sufficientemente buone e capaci di garantire amicizia, ascolto e opportunità di partecipazione.

Il piano che si vuole consolidare tiene anche conto dei più recenti indirizzi e obiettivi regionali declinati nella LR 6/06 e ripresi nel piano socio-sanitario regionale 2010 – 2012, il piano di zona 2013-2015 in particolare all'obiettivo 7.2 che rimanda ad alcuni temi di sviluppo per la domiciliarità che si possono così riassumere, in estrema sintesi,

- la normativa regionale orienta l'organizzazione degli interventi sociosanitari integrati secondo un approccio guidato dal **bisogno** e colloca al centro del sistema la **persona** con i problemi legati al suo stato di salute e al contempo la valorizza come risorsa;
- le strategie per lo **sviluppo di comunità** devono essere vincolate al potenziamento dei servizi pubblici del territorio, ma soprattutto legate ad una nuova interpretazione dei servizi medesimi, orientati secondo il principio della **sussidiarietà promozionale** e finalizzati alla costruzione di un **welfare di comunità**;
- gli investimenti nel settore dell'assistenza domiciliare devono essere **prioritari** rispetto ad ogni ulteriore ampliamento o riqualificazione dell'attuale offerta residenziale;
- lo sviluppo delle cure intermedie, anche attraverso il potenziamento della **residenzialità temporanea e diurna**, deve dare adeguata risposta a specifici bisogni di carattere sociale e riabilitativo o attraverso interventi di "sollevio".

A partire da questi temi è attivo un tavolo provinciale composto da operatori sociali e sanitari degli Ambiti Sociali, dei Distretti Sanitari e dell'Azienda sanitaria.

## **Il contesto di riferimento.**

Si presentano alcune tabelle riepilogative di indicatori socio-demografici che maggiormente attengono al tema del presente lavoro.

## AGGIORNAMENTO DATI SULLA POPOLAZIONE

Dall'esame dei dati di seguito presentati e dai dati del servizio condivisi con il Distretto Ovest nelle sedi istituzionali (UVD EMDH in particolare che rappresentano una sorta di "osservatorio" operativo) si rileva il persistere di una tendenza, già in corso da anni, che si sostanzia in:

- popolazione totale presso ch  stazionaria, con una tendenza nel 2015 alla decrescita
- importante aumento della popolazione anziana e dei grandi anziani, con trend che non sembrano esaurirsi anche nel corso del 2015
- aumento delle fragilit  e delle condizioni di non autosufficienza

La popolazione residente nei Comuni dell'ambito, nel periodo 2010-2015 segna una flessione dell'1% (circa 200 residenti in meno) Questa flessione del totale dei residenti si registra ancora una volta su tutti i Comuni ad eccezione di Fontanafredda (+4,4% nel periodo considerato) e in minima parte per Polcenigo, che dopo un lento declino sembra aver timidamente invertito la tendenza nell'ultimo biennio. Per quanto riguarda il genere, nel 2015 le donne rappresentano ancora la maggioranza (51,1%), con rapporti pressoch  invariati rispetto all'anno precedente. L'unico Comune a maggioranza maschile rimane Brugnera, ma con uno scarto di poche unit .

*Tab. 1 – Popolazione residente nei Comuni dell'ambito 6.1 (v.a. 2010-2016) e scomposizione per genere (2015)*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
						Maschi	Femmine	Totale
Aviano	9.270	8.997	9.085	9.205	9.192	4.463	4.643	9.106
Brugnera	9.300	9.269	9.317	9.363	9.387	4.659	4.652	9.311
Budoia	2.573	2.564	2.579	2.591	2.576	1.275	1.294	2.569
Caneva	6.541	6.492	6.529	6.473	6.430	3.111	3.313	6.424
Fontanafredda	11.686	11.539	11.678	11.930	12.120	6.023	6.182	12.205
Polcenigo	3.237	3.177	3.183	3.166	3.157	1.531	1.632	3.163
Sacile	20.227	19.868	19.849	20.140	19.990	9.565	10.272	19.837
AMBITO 6.1	62.834	61.906	62.220	62.868	62.852	30.627	31.988	62.615

Fonte: elaborazione su dati Demolstat al 31.12

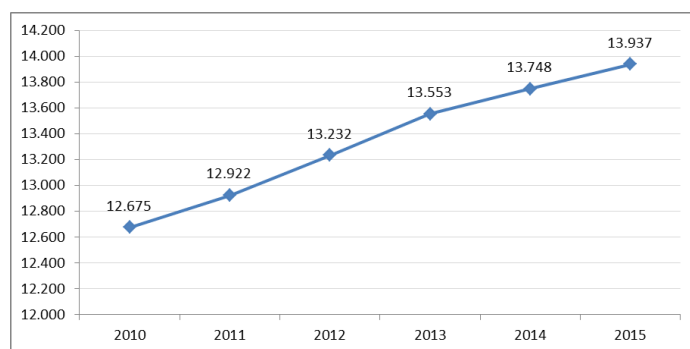
Anche nel 2015 non si registrano quindi variazioni significative sulla popolazione totale, ma tanto non si pu  dire per la componente anziana. Al lieve calo dei residenti generali fa da contro un aumento sensibile del numero di ultra sessantacinquenni. Nel decennio 2004-2014 essi sono infatti aumentati di circa 2.000 unit , con un incremento del 18,2%, un trend di aumento tuttora in atto se si considera l'incremento dell'1,7% fatto registrare solo nell'ultimo anno (2014-15). La tabella n. 2 mostra chiaramente tale trend e il progressivo aumento degli over65 nel corso degli ultimi 12 anni. Per quanto riguarda il genere, il divario aumenta, con le donne che sfiorano il 57%. Tale distanza si amplifica al crescere dell'et : tra gli over 85 infatti i maschi sono solo 3 su 10, laddove tra i 65-74enni il divario di genere   quasi nullo.

*Tab. 2 – Andamento popolazione over65 residente nei Comuni dell'ambito (v.a. 2010-2014 e variazione % 2005-15 e 2010-15)*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var. % 2005-15	Var. % 2010-15
Aviano	2.054	2.075	2.157	2.208	2.227	2.233	16,1	8,7
Brugnera	1.616	1.670	1.718	1.772	1.815	1.850	28,0	14,5
Budoia	554	560	553	565	579	599	7,2	8,1
Caneva	1.536	1.549	1.570	1.575	1.572	1.591	8,1	3,6
Fontanafredda	2.110	2.167	2.238	2.305	2.364	2.414	31,1	14,4
Polcenigo	786	802	822	824	820	833	1,8	6,0
Sacile	4.019	4.099	4.174	4.304	4.371	4.417	15,9	9,9
<b>AMBITO 6.1</b>	<b>12.675</b>	<b>12.922</b>	<b>13.232</b>	<b>13.553</b>	<b>13.748</b>	<b>13.937</b>	<b>17,4</b>	<b>10,0</b>

Fonte: elaborazione su dati Demolstat al 31.12

*Fig. 1 – Andamento popolazione over65 dell'ambito 6.1 (v.a. 2010-15)*



*Tab. 3 – Residenti over65 dell'ambito 6.1 per sesso e micro fascia d'età (v.a. 2014)*

	65-74	75-84	85 e +	Tot. Anziani
Maschi	3.322	2.079	645	6.046
Femmine	3.470	2.843	1.578	7.891
<b>TOTALE</b>	<b>6.792</b>	<b>4.922</b>	<b>2.223</b>	<b>13.937</b>
% Maschi	48,9	42,2	29,0	43,4
% Femmine	51,1	57,8	71,0	56,6

Fonte: elaborazione su dati Demolstat al 31.12

Per quanto riguarda le micro fasce d'età, la tabella 3 mostra non solo come il numero degli anziani sia cresciuto in ciascuna fascia, ma anche come l'equilibrio tra esse si sta spostando verso le quelle più alte, confermando il dato registrato negli anni precedenti. Dal 2004 infatti. Il numero degli anziani è cresciuto del 19,8%, ma se un decennio fa i "giovani anziani" (65-74 anni) rappresentavano il 51,1% del totale, essi scivolano nel 2015 al 48,7%, con un calo netto di 812 individui; contemporaneamente gli over 85 passano dall'11,6 al 16,0%, aumentando di ben 898 unità. Nel territorio le persone ultracentenarie al 31.12.2015 risultavano 23. Lo "spostamento verso l'alto" delle fasce anziane appare dunque in rapida evoluzione.

*Tab. 4 – Popolazione anziana residente nei Comuni dell'ambito 6.1 per micro-fascia d'età (v.a. 2004, 2010, 2014)*

	2004			2014			2015		
	65-74	75-84	over85	65-74	75-84	over85	65-74	75-84	over85
Aviano	882	740	262	1.086	755	386	1.074	760	399
Brugnera	757	504	150	982	591	242	971	632	247
Budoia	231	246	76	289	192	98	296	194	109
Caneva	761	538	150	737	579	256	731	597	263
Fontanafredda	980	611	196	1.285	788	291	1.302	817	295
Polcenigo	360	328	126	380	293	147	380	302	151
Sacile	1.959	1.410	365	2.030	1.605	736	2.038	1.620	759
AMBITO 6.1	5.930	4.377	1.325	6.789	4.803	2.156	6.792	4.922	2.223
% su Tot. Anziani	51,0	37,6	11,4	49,4	34,9	15,7	48,7	35,3	16,0

Fonte: elaborazione su dati Demolstat al 31.12

Ma tali dati devono anche essere considerati in relazione al resto della popolazione. In poco più di un decennio gli anziani dell'ambito sono passati da poco meno di 20 ogni 100 residenti a oltre 22, spostando l'età media di quasi un anno e mezzo in più. Se nel 2004 vi erano 151 anziani ogni 100 minori tra 0 e i 14 anni, nel 2015 se ne contano 157; tutto ciò si traduce anche in una popolazione "a carico" che passa da poco meno di 35 anziani ogni 100 residenti in età produttiva a oltre 35. In altre parole, l'andamento crescente degli over 65 si accompagna ad un andamento ondivago ma con pochi scostamenti dei minori e ad un calo considerevole degli adulti (tra il 2010 e il 2015 l'ambito ha perso, ad esempio, circa un giovane adulto su 10 (18-34 anni)), che si traduce in una maggiore fetta di popolazione a carico rispetto al passato. Sebbene i dati non consentano di individuare specifiche correlazioni, è comunque lecito ipotizzare che tale trend abbia delle dirette ripercussioni sull'attività di cura ed assistenza, che sembra perdere una fetta della componente di welfare familiare, riversando la domanda sui servizi sociali e sociosanitari e sulla comunità.

*Tab. 5 – Percentuale anziani residenti su totale popolazione d'ambito, scomposizione % per microfasce d'età, indici di struttura della popolazione anziana dell'ambito 6.1 (anni 2004, 2010, 2014, 2015)*

	2004	2010	2014	2015
% Anziani su pop. tot.	19,95	20,17	21,87	22,26
% fasce d'età (tot. Over65=100)				
65-74	50,98	50,77	49,38	48,73
75-84	37,63	34,92	34,94	35,32
85 e +	11,39	14,85	15,68	15,95
Età media	42,82	43,26	44,13	44,42
Indice di vecchiaia	151,01	146,43	153,25	157,20
Indice di dipendenza senile	29,85	31,31	34,26	35,01

Fonte: elaborazione su dati Demolstat al 31.12

Sulla scorta dei dati registrati negli ultimi anni, l'Istat propone delle proiezioni sui possibili andamenti della popolazione nei prossimi decenni. Secondo tali proiezioni, i trend individuati di cui sopra non andranno a modificarsi nei prossimi decenni, anzi si amplificheranno almeno fino al 2041. La lettura di sintesi della tabella 6 può quindi essere espressa nei seguenti termini: al netto di cambiamenti rilevanti e non prevedibili la popolazione del Friuli Venezia Giulia continuerà progressivamente ad invecchiare in forza di un allungamento della vita media a cui però non farà contro un aumento della natalità tale da bilanciare gli equilibri intergenerazionali. L'aumento della popolazione regionale sarà garantito quindi dai movimenti in ingresso da altre zone d'Italia o dall'estero.

Questi dati sono inoltre stati utilizzati dalla Regione FVG per stimare il bisogno assistenziale della popolazione anziana nei prossimi decenni. Considerando che circa l'8% dei residenti over65 si trovi in una situazione di non autosufficienza e che essi aumentino mediamente di circa 40.000 unità ogni dieci anni, entro il 2061 il numero di persone prive dell'autonomia sufficiente a vivere in

maniera indipendente aumenteranno sino a superare le 100.000 unità.

Applicando tali proporzioni all'attuale popolazione di ambito, si può stimare il numero di non autosufficienti in circa 1.100 individui.

Tab. 6 – Proiezione dei principali indici demografici del Friuli Venezia Giulia, anni 2011-2061

Anno	2011	2021	2031	2041	2051	2061
Tasso di natalità (per 1.000 ab.)	8,2	7,4	7,6	7,9	7,6	7,9
Tasso di mortalità (per 1.000 ab.)	11,4	11,5	11,9	12,3	13,2	14,1
Tasso di crescita naturale (per 1.000 ab.)	-3,2	-4,1	-4,2	-4,5	-5,6	-6,3
Tasso migratorio totale (per 1.000 ab.)	7,3	5,7	5,1	4,8	4,6	4,5
Tasso di crescita totale (per 1.000 ab.)	4,1	1,6	0,8	0,4	-1,0	-1,8
Età media della popolazione	45,9	47,3	48,6	49,6	50,2	50,2
Popolazione 0-14 anni (%)	12,6	12,2	11,5	11,9	12,1	12,0
Popolazione 15-64 anni (%)	64,0	62,1	59,4	54,7	53,9	54,8
Popolazione 65 anni e più (%)	23,4	25,7	29,0	33,5	34,0	33,1
Popolazione 85 anni e più (%)	3,6	4,3	5,5	6,6	8,6	10,7
Indice di vecchiaia (%)	186,2	209,6	251,7	281,4	281,3	275,3
Indice di dipendenza degli anziani (%)	36,6	41,3	48,9	61,2	63,0	60,4
Speranza di vita alla nascita (maschi)	79,3	81,6	83,4	85,0	86,2	87,2
Speranza di vita alla nascita (femmine)	84,6	86,4	88,0	89,2	90,3	91,2
Speranza di vita a 65 anni (maschi)	18,2	19,7	20,9	22,1	23,0	23,8
Speranza di vita a 65 anni (femmine)	22,1	23,5	24,7	25,7	26,6	27,4

Fonte: elaborazione su Demolstat – Previsioni della popolazione – Scenario Centrale

Tab. 7 – Proiezione della gravità della situazione socio-assistenziale della popolazione anziana del Friuli Venezia Giulia, anni 2011-2061

	2011	2021	2031	2041	2051	2061
over 65	289.395	325.519	373.135	432.652	438.574	421.226
over 65 a domicilio*	280.994	317.118	364.734	424.251	430.173	412.825
Gravità						
livello lieve (2,5%)	30.895	31.726	32.112	32.330	32.271	31.790
livello moderato (2,0%)	24.716	25.381	25.690	25.864	25.817	25.432
livello grave (3,3%)	40.782	41.878	42.388	42.675	42.597	41.963
a rischio (13,8%)	170.542	175.128	177.260	178.460	178.135	175.480
non autosufficiente (7,8%)	96.393	98.985	100.190	100.869	100.685	99.184

Fonte: elaborazione su dati Regione FVG

\* Calcolati sottraendo alla popolazione over65 gli attuali 8.401 Posti letto in struttura per anziani

Un'ulteriore analisi delle ricadute sul piano delle politiche ed interventi sociali, andrebbe approfondita, in collaborazione con il Distretto, con l'esame di alcuni fattori di rischio quali, ad esempio, l'esistenza di problemi di memoria, l'impiego di farmaci, le difficoltà a camminare, i ricoveri nell'ultimo anno, le cadute nel corso dell'ultimo anno ed i ricoveri in RSA per funzioni respiro... .

Questo ulteriore approfondimento potrebbe essere utile al fine di poter dare corso a politiche di welfare comunitario che sappiano sostenere le persone e le famiglie esposte a rischio, in condizioni di fragilità e di avvenuta perdita di autosufficienza, anche con la previsione di "nuove" figure integrate di assistenza con i servizi sociali quali ad esempio l'infermiere di comunità.

## Programma dell'Ambito per la domiciliarità.

Il lavoro sulla domiciliarità è stato da sempre concepito come un lavoro destinato alla popolazione anziana e a questa ancora maggiormente riferito ma da alcuni anni si è potuto constatare come questi interventi/strumenti sono rivolti alla non autosufficienza in generale per **tutta** la popolazione.

Favorire la permanenza a domicilio di tutte le persone in difficoltà è infatti un obiettivo che il Servizio Sociale dei Comuni ha assunto da sempre e, anche alla luce dei dati su esposti, si è inteso operare non solo agendo sul versante della tutela per le condizioni di non autosufficienza conclamata ma agendo anche sul versante della fragilità che rappresenta l'area di primo passaggio dall'autonomia alla dipendenza.

Per dare concretezza a quanto sopra indicato, si ritiene che occorra soprattutto:

- agire sulla **promozione del benessere**, mettendo in rete e valorizzando e sostenendo le tante attività che sono svolte dal volontariato nel territorio e che, a diverso titolo, favoriscono l'integrazione sociale e l'affermazione del ruolo dell'anziano: valorizzazione dei gruppi di cammino, informazione sugli stili di vita, sostegno alla socializzazione e alla relazione ecc
- dare spessore alla prevenzione della emarginazione e del decadimento con sistemi di sorveglianza attiva per gli anziani a rischio; la proposta è oggi quella di **incrementare l'azione dei centri sociali** perché possano sostenere processi di integrazione sociale e contrastare le situazioni di rischio prima che si trasformino in domanda di intervento assistenziale; si tratta perciò di attivare programmi che possano intercettare anche situazioni di maggiore rischio e fragilità creando un reticolo di opportunità per svolgere attività motorie, curare da un lato l'alimentazione e, dall'altro, mettere in comunicazione i centri con un sistema di controllo sanitario "leggero" (ad esempio lettura e misurazione di segnali/rischio) ricercando la collaborazione dei MMG e del sistema infermieristico;
- mettere in rete di tutti **centri diurni** dell'Ambito differenziati per tipologia di ospiti ; in quanto servizi capaci di offrire agli anziani e non uno spazio fisico/sociale attraverso il quale dare senso alla propria giornata ,stimolare le proprie capacità residue e offrire possibilità in cui sperimentare occasioni di "successo" e di supporto ai familiari;

Favorire la permanenza a domicilio di tutte le persone in difficoltà è infatti un obiettivo che il Servizio Sociale dei Comuni ha assunto da sempre e, anche alla luce dei dati su esposti, si è inteso operare non solo agendo sul versante della tutela per le condizioni di non autosufficienza conclamata ma agendo anche sul versante della fragilità che rappresenta l'area di primo passaggio dall'autonomia alla dipendenza.

- promuovere interventi e programmi di assistenza, cura, sostegno alla **preservazione delle autonomie e prevenzione della non autosufficienza** per anziani in situazione di fragilità nonché azioni di sostegno e assistenza, differenziati per livello di bisogno;
- **Mettere a sistema** una collaborazione con i servizi specialistici dell'area adulti e disabilità;
- Sviluppare la promozione della **comunità solidale in un'ottica di welfare generativo** , anche per mezzo di azioni che incentivino il ruolo attivo delle famiglie e dei giovani nei processi di cura, sostenuti o facilitati con politiche di conciliazione dei tempi di cura e di lavoro;



- Promuovere azioni di **prevenzione** ed attenzione ad adeguati **stili di vita**, tenendo conto delle proposte del sistema socio-sanitario e delle "buone prassi" della Rete Nazionale delle Città Sane;

Per tutti questi interventi, l'attenzione è rivolta ad una specifica analisi delle necessità e razionalizzazione dell'uso delle risorse, spostando il baricentro delle politiche dai tradizionali concetti di efficacia ed efficienza (che mal si accompagnano a servizi destinati a persone e molto flessibili nel tempo) alla combinazione del cosiddetto "**universalismo selettivo**" (*un welfare uguale per tutti, ma a ciascun in un modo tutto suo*, in pratica il progetto personalizzato) e l'appropriatezza dell'uso delle risorse, spostate possibilmente su assi e voci di bilancio per la realizzazione di servizi e progetti piuttosto che trasferimenti di denaro.

## **Dallo stato dell'arte alle linee di sviluppo.**

Il lavoro che si vuole presentare muove da una prima evidenziazione della rete dei servizi attiva nel territorio dell'Ambito, analizzata in relazione alle persone beneficiarie dei servizi, e dalla quale si può rilevare da subito la "gamma" di servizi già offerta.

Prendendo spunto da quanto sopra evidenziato, nelle pagine che seguono si dà conto con maggiore dettaglio di ogni singolo servizio con attenzione successivamente alle relative linee di sviluppo.

Sono state individuate delle macro aree della "filiera" della domiciliarità quali

- **Area dell'autonomia e della prevenzione** (i centri sociali e parte dell'accompagnamento sociale e attività di promozione di stile di vita sana;)
- **Area della fragilità** (assistenza domiciliare, pasti a domicilio, telesoccorso ,trasporti...)
- **Area della non autosufficienza** (assistenza domiciliare integrata, FAP, centri diurni, progetto demenza)

## **Servizio di assistenza domiciliare.**

Il servizio di assistenza domiciliare è sicuramente il servizio che ha maggiore "storia" operativa ed è presente e conosciuto in ogni Comune.

E' un servizio coordinato in modo centrale dall'Ambito dove ogni unità operativa territoriale ha la competenza e responsabilità diretta del lavoro con l'utenza. Comprende tutte le attività assistenziali svolte al domicilio dell'utente in coerenza con le normative e con l'evoluzione della domanda e del singolo progetto elaborato per ogni persona. Per esigenze di semplificazione e analogie operative, includiamo in questa descrizione anche l'erogazione dei pasti a domicilio.

A livello della Direzione dell'Ambito sono attivi dei gruppi di progetto su specifiche tematiche ed il lavoro prodotto da questi sostiene il lavoro operativo diretto svolto dai servizi territoriali; questi, funzionando con il metodo della ricerca-azione, possono introdurre nuove modalità o strumenti operativi a fronte di problematiche emergenti nei vari Comuni. I gruppi progetto sono costituiti a termine e formati dalle assistenti sociali dei servizi territoriali e dagli operatori di assistenza.

I gruppi che attualmente operano sono:

**Gruppo di lavoro sulle problematiche delle demenza** con obiettivo la messa a punto di un sistema di cura e assistenza per le persone le cui ricadute socio-assistenziali delle patologia di demenza e o Alzheimer, sono molto impegnative per la gestione della quotidianità.

**Il gruppo di Back office sulle demenze (BOND)** istituito presso la sede del Distretto rappresenta il nucleo di valutazione multiprofessionale integrata capace di orientare ed attivare sistemi di cura ed assistenza opportuni.

**Gruppo di lavoro sulla gestione a domicilio delle famiglie con minori** in situazioni di difficoltà e fragilità che persegue l'obiettivo di sostenere un approccio alle tematiche della genitorialità e dell'infanzia rispettoso dei processi di crescita ed autonomia dei minori e delle famiglie

**Gruppo di lavoro sulla definizione delle procedure di accoglienza** che persegue l'obiettivo primario di definire modalità comuni di assunzione in carico dell'utenza definendo modelli e metodi di lavoro.

**Gruppo di lavoro sui temi della formazione – supervisione** che persegue l'obiettivo di supportare l'esperienza lavorativa con l'incremento di conoscenze e approfondimenti opportuni.

**Gruppo di lavoro sul servizio pasti a domicilio** che persegue l'obiettivo primario di definire procedure e modalità di controllo sia sul versante dell'utenza che su quella della ditta fornitrice.

**Equipè di lavoro a cadenza mensile** per il coordinamento trasversale degli operatori del territorio in due macro aree territoriali (Ambito-Nord e Ambito Sud) per uniformare le procedure e la presa in carico degli utenti .

Nella programmazione annuale in riferimento alle esigenze espresse dagli operatori saranno individuati i temi da trattare nei vari gruppi di lavoro

Le caratteristiche del servizio di assistenza domiciliare in **tutti** i servizi territoriali a domanda possono essere come di seguito descritte:

- L'accoglienza delle domande: l'accoglienza della domanda e la valutazione è curata dall'Assistente Sociale e, successivamente alla decisione di accoglienza, la valutazione del servizio sociale professionale viene integrata dalla valutazione assistenziale con la collaborazione dell'operatore di assistenza.
- Dalla conoscenza e valutazione, il servizio, utilizzando strumenti quali il colloquio, la visita domiciliare congiunta, e la documentazione (elaborata tramite schede di valutazione ed eventualmente la valutazione in sede di équipe multi professionale e in particolare la scheda di osservazione, predispose l'accoglienza della domanda e la stesura del piano di lavoro; viene mantenuto attivo il confronto nei gruppi di lavoro e, dove possibile, la supervisione.
- Il Servizio persegue un modello di lavoro che fa riferimento al modello psicosociale e si pone come un servizio capace di mantenere e creare, per le persone seguite, un effettivo ambiente di sostegno, intendendo per ambiente di sostegno un luogo capace di garantire sicurezza, affidabilità, stabilità, coerenza e capace di ascolto attivo (es. il servizio deve curare che nell'abitazione della persona non ci siano pericoli, rischi per la sua incolumità ma anche ascoltare e comprendere eventuali riserve o paure al cambiamento che la persona esprime).
- Il servizio utilizza la metodologia di lavoro propria del processo di aiuto e pertanto l'operatore prima di agire ("fare") deve conoscere la persona e definire i risultati a cui è possibile orientarsi condividendoli con la persona;
- Il servizio si basa sulla professionalità dell'operatore di assistenza e sul lavoro d'équipe; ogni operatore ha in carico con continuità i casi a lui assegnati ed in generale ha un operatore che lo

sostituisce (con il quale può confrontarsi, che lo sostituisce nelle assenze e con il quale può condividere interventi fatti insieme).

E' prevista la compartecipazione degli utenti al costo del servizio in base al regolamento vigente dell'Ambito, e proprio su questa, tra l'altro, è in atto un processo di analisi per una sempre maggiore equità e adeguatezza.

Il personale di assistenza è composto in parte da dipendenti del Servizio Sociale dei Comuni e in parte da operatori di cooperativa .

Il personale di assistenza è tutto in possesso della qualifica ADEST (Assistente Domiciliare dei Servizi tutelari) e OSS (Operatore Socio Sanitario).

Nelle varie unità operative ci sono riunioni a scadenza fissa con i vari servizi sanitari, in particolare con l'assistenza infermieristica, per la condivisione di obiettivi comuni nel lavoro individuale e la ricerca di strategie operative e confronto su approcci e modelli operativi per la gestione/organizzazione dei servizi di assistenza domiciliare ampiamente intesi.

Negli anni il servizio ha sviluppato un sistema di collaborazione con i servizi specialistici per l'assistenza domiciliare ad utenti con specifiche patologie psichiche e/o di disagio sociale che prevedono l'assunzione di obiettivi comuni e la supervisione in itinere dell'intervento di assistenza domiciliare

#### Quadro riepilogativo complessivo degli utenti beneficiari dei servizi

Tab. 8 – Utenti SAD e residenti nei Comuni e nell'ambito (v.a. e percentuale utenti su popolazione) e variazione % degli utenti 2015-16

	2014			2015			2016			Var. % Utenti 2015-16
	Residenti	Utenti	% Utenti su Pop.	Residenti	Utenti	% Utenti su Pop.	Residenti	Utenti	% Utenti su Pop.	
Aviano	9.192	129	1,4	9.106	122	1,3	nd	132	=	8,2
Brugnera	9.387	36	0,4	9.311	47	0,5	nd	62	=	31,9
Budoia	2.577	31	1,2	2.569	35	1,4	nd	36	=	2,9
Caneva	6.430	40	0,6	6.424	35	0,5	nd	34	=	-2,9
Fontanafredda	12.120	59	0,5	12.205	52	0,4	nd	60	=	15,4
Polcenigo	3.145	17	0,5	3.163	20	0,6	nd	17	=	-15,0
Sacile	19.990	48	0,2	19.837	90	0,5	nd	103	=	14,4
<b>AMBITO 6.1</b>	<b>62.841</b>	<b>359</b>	<b>0,6</b>	<b>62.615</b>	<b>401</b>	<b>0,6</b>	<b>nd</b>	<b>444</b>	<b>=</b>	<b>10,7</b>

Fonte: CSI e Demostat

Il numero di utenti SAD cresce di oltre il 10% nell'ultimo biennio, con quasi un centinaio di casi in più rispetto al 2014. Gli aumenti principali li segnano Brunera (31,9%), e Fontanafredda e Sacile con un aumento di circa il 15%. In lieve flessione la casistica di Caneva e Polcenigo.

Tab. 9 – Interventi di assistenza domiciliare erogati nell'anno per tipologia di intervento; v.a. 2012-2016 e var. % 2012-2016 e 2015-2016.

	2012	2013	2014	2015	2016	Var. % 2012-16	Var. % 2015-16
Intervento di assistenza domiciliare (SAD)	239	241	275	320	345	44,4	7,8
Intervento di pasti a domicilio	122	108	127	140	173	41,8	23,6
Altro intervento di sostegno alla domiciliarità (pulizie, manutenzione, ecc.)	2	1	1	2	2	=	=
Intervento di assistenza domiciliare integrata (ADI)	6	8	8	6	3	=	=
Intervento di pronta assistenza domiciliare alla persona e alla famiglia	0	0	1	0	0	=	=
Intervento di supporto/sostegno alla famiglia per servizi privati (supporto badante)	5	4	3	3	4	=	=
<b>Totale interventi realizzati</b>	<b>374</b>	<b>362</b>	<b>415</b>	<b>471</b>	<b>527</b>	<b>40,9</b>	<b>11,9</b>
Media interventi realizzati per singolo utente	1,19	1,13	1,16	1,17	1,19		

Fonte: CSI e Demolstat

Il flusso degli interventi domiciliari nel periodo 2012-2016 è aumentato di oltre il 40%, un incremento che solo nell'ultimo anno ha visto un aumento di quasi il 12%. Il SAD e il servizio di consegna pasti si confermano gli interventi maggiormente attivati, con il secondo che segna un trend di crescita più rilevante. Rimane ancora basso il ricorso all'ADI, mentre si registrano sparuti interventi di supporto alle assistenti familiari. Contenuto l'utilizzo a fini accessori (pulizie, manutenzioni).

In generale, nel corso del 2015 vi è stato un **aumento** pari in media al **14%** sul totale di tutti i Comuni, della richiesta di interventi da parte del servizio domiciliare. Va rilevato però che in alcuni Comuni, la presenza importante della figura dell'assistente familiare (la "badante") ha ridotto la domanda perché risponde da un lato ad un bisogno assistenziale importante spalmato su più ore della giornata e, dall'altro è sostenuta da una contribuzione regionale che eroga e sostiene appunto progetti di carattere familiare.

Nella nostra esperienza la presenza di un sistema misto (operatore domiciliare e assistente familiare) garantisce maggiormente la "tenuta" della persona e della famiglia e la continuità del programma assistenziale, agendo sul sistema di qualità della giornata e dei rapporti (ostacolando ad es. il turn-over o l'exasperazione dei rapporti duali con conflittualità elevate)

L'analisi di questo nuovo "fenomeno" ha permesso agli operatori di riflettere sull'evoluzione del servizio domiciliare e la sua riaffermazione per specificità, con una visione nuova di assistenza a domicilio che non si realizza più e solo con l'intervento sulla persona quanto con misure anche educative, relazionali e formative di sostegno alla famiglia e la sua rete, promuovendo nel contempo la condivisione con l'assistente familiare di particolari strategie operative in modo da creare una domiciliarità diffusa e competente coordinata dai servizi sociali.

Il servizio evidenzia ancora **discrepanze** numeriche tra i singoli Comuni dell'Ambito riconducibili alle caratteristiche della popolazione in ogni territorio, l'ampliamento del servizio alle persone adulte sollecitato da una domanda sociale specifica, l'organizzazione di ogni singolo servizio (con proprio personale e servizio strutturato piuttosto che con affidamento di servizi con elevato turn-over degli operatori).

Per le considerazioni che seguono, è importante e interessante analizzare gli utenti in carico al SAD, suddivisi per fasce di età:

Tab. 10 – Utenti SAD e residenti per fascia d'età (v.a. 2014-16) e incidenza casistica su popolazione (%).

	2014			2015			2016		
	Residenti	Utenti	% Utenti su Pop.	Residenti	Utenti	% Utenti su Pop.	Residenti	Utenti	% Utenti su Pop.
0-17	10.605	4	=	10.543	7	=	nd	18	=
18-64	38.499	64	0,17	38.135	71	0,19	nd	73	=
65-74	6.789	50	0,74	6.792	54	0,80	nd	61	=
> 75	6.959	241	3,46	7.145	267	3,74	nd	292	=
<b>Totale</b>	<b>62.852</b>	<b>359</b>	<b>0,57</b>	<b>62.615</b>	<b>399</b>	<b>0,64</b>	<b>nd</b>	<b>444</b>	<b>=</b>

Fonte: CSI e Demostat

Dalla tabella 10 si nota come il grosso dell'intervento SAD si gioca nelle fasce anziane della popolazione, anche se nell'ultimo triennio è aumentata in maniera visibile tanto l'utenza minorile che quella adulta.

Tab. 11 – Utenti SAD per genere (v.a. e % 2012-2016) e andamento 2015-2016.

	2012		2013		2014		2015		2016		Var. % 2015-16
	v.a	%	v.a	%	v.a	%	v.a	%	v.a	%	
Maschi	124	39,70%	120	37,50%	138	38,40%	163	40,85%	190	42,79%	16,56%
Femmine	188	60,30%	200	62,50%	221	61,60%	263	59,14%	254	57,20%	-3,42%
<b>Totale utenti</b>	<b>312</b>		<b>320</b>		<b>359</b>		<b>399</b>		<b>444</b>		

Fonte: CSI e Demostat

L'alta percentuale di anziani nel servizio (in maggioranza donne) individua una presenza femminile maggioritaria. Tuttavia, il numero dei maschi è in rapida crescita, probabilmente spinta dalle fasce adulte e minorili.

Alcune considerazioni della tabella n. 10 :

- La fascia d'età degli utenti che hanno meno di 65 anni, si inquadrano nella fascia della popolazione "adulti"; sono soggetti che presentano patologie importanti come problemi afferenti all'area della salute mentale, malattie oncologiche e stati degenerativi;
- Resta la vocazione storica di un servizio richiesto e rivolto alle persone anziane

Il Servizio di Assistenza Domiciliare dell'Ambito ha processi di sviluppo sui quali sono già in corso dei lavori:

- il **progetto demenza** è un progetto di sviluppo e di specializzazione dell'assistenza domiciliare con lo scopo di intercettare prima possibile le persone con tale patologia ed intervenire a sostegno della rete familiare, prima che la stessa esaurisca le proprie potenzialità e risorse. Ha inoltre lo scopo di approfondire il ruolo del sistema dell'assistenza in quanto le ricadute della malattia di demenza e/o Alzheimer sono importanti soprattutto nel sistema delle relazioni familiari e nella gestione della quotidianità. Attualmente il gruppo di progetto è costituito da operatori della Sanità/Distretto Ovest e dell'Ambito;
- il **progetto della formazione a domicilio** che prevede la possibilità di inviare un operatore di madrelingua a domicilio delle persone in carico al servizio, dove è presente un' Assistente Familiare per osservare e sostenere la famiglia il care viver e/o l'Assistente familiare stessa. Il progetto prevede un pacchetto dove ci sono incontri con i familiari e visite a domicilio con il

coinvolgimento dell'operatore territoriale di riferimento ;

- Il progetto “**accompagnamento sociale**” curato con la collaborazione delle associazioni AUSER e S. Pietro Apostolo con le quali l'Ambito ha stipulato specifiche convenzioni. Lo scopo dell'avvio di tali collaborazioni è quello di favorire il trasporto per persone sole o in difficoltà, verso i luoghi di cura e/o necessità burocratiche rinforzando aspetti di socializzazione e relazioni comunitarie. Ha inoltre lo scopo di alleggerire gli operatori del servizio di assistenza domiciliare da un compito che impegna tempo per orientare il loro lavoro a quello più professionalizzante della assistenza diretta alle persone.

E' un servizio che ha avuto uno sviluppo significativo anche in relazione alle difficoltà delle famiglie a garantire gli spostamenti assistiti dei loro congiunti anziani e/o disabili per problemi collegati alla situazione economico/lavorativa attuale.

Sono state emanate delle nuove linee di applicazione del servizio trasporti che prevedono una quota di compartecipazione al servizio in base all'ISEE, salvaguardando gli accompagnamenti per i centri sociali e i centri diurni per favorire da parte delle persone l'accesso ai servizi

## Il servizio pasti a domicilio.

Parte importante del servizio di assistenza domiciliare è il servizio di preparazione e consegna di pasti a domicilio che pur non essendo annoverato tra i livelli essenziali di assistenza, trova la sua attivazione e continuità nella misura in cui riesce ad essere anche un legame tra servizio e destinatario del servizio per processi di cura e presa in carico anche a titolo preventivo.

Tab. 12 – N. Utenti servizio consegna pasti a domicilio e totale pasti erogati nell'anno (v.a. 2014-16); variazione % 2015-16

	2014	2015	2016	Var. % 2015-16
Utenti	127	140	173	23,6
N. pasti	29.698	29.244	32.403	10,8
Pasti per utente	233,8	208,9	187,3	

Fonte: CSI e Demolstat

Nel corso del triennio, sempre più residenti hanno necessitato del servizio consegna pasti; all'aumento della domanda (23,6%) ha fatto tuttavia riscontro un aumento più contenuto (sebbene importante) del numero dei pasti erogati. Ciò si è tradotto in un'offerta mediamente meno ricca per ciascun utente, con un calo di circa un pasto in meno la settimana.

Nel corso di questi ultimi anni gli utenti che usufruiscono di questo servizio sono diminuiti ma sono aumentati i pasti per ciascun utente si segnalano diverse situazioni di persone sole .

Dai questionari consegnati agli utenti sul gradimento del pasto i risultati sono soddisfacenti.

## Linee attuali di sviluppo

Il servizio di assistenza domiciliare è sicuramente un servizio al quale è rivolta un'attenzione di sviluppo ed innovazione sia sotto l'aspetto della qualità del servizio erogato che nella ricerca di modalità operative nuove e di promozione di nuove forme di domiciliarità condivisa .

Sulla base di quanto elaborato in questo periodo di lavoro con i servizi territoriali il lavoro

dell'Ambito rispetto al servizio domiciliare, si è così orientato :

Area di intervento	Obiettivo generale	Iniziative specifiche
Lavoro di cura	Consolidamento della professione	<p>Per la sua specificità, l'operatore di assistenza assume una vera <b>"funzione di presenza"</b> (c'è sempre, porta quotidianamente il mondo di fuori a domicilio), perché garantisce continuità nelle cure, perché nello svolgimento del suo lavoro è a totale contatto con le persone ed è in grado di tenere saldamente in mano la situazione di assistenza; non si tratta solo di capacità organizzative, più o meno sviluppate, degli operatori ma di esserci, di avere chiaro e consapevole il proprio ruolo fortemente caratterizzato come un ruolo di cura ed assistenza. Si ritiene che rinforzare questi aspetti favorisca una presenza del servizio capace di garantire continuità, stabilità e sicurezza assumendo una vera e propria funzione di cura (che esce definitivamente dalla logica prestazionale che, in questo servizio, ha creato equivoci e confusioni).</p>
Modello di lavoro	<b>Innovazione: "tra il passato ed il futuro dell'assistenza domiciliare"</b>	<p>Occorre adottare uno specifico modello di lavoro e dare il via ad un percorso di ricerca e analisi per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pianificare l'articolazione della rete territoriale,</li> <li>• costruire sistemi di qualità e di valutazione del servizio,</li> <li>• promuovere la nascita di nuove forme di assistenza comunitaria (es. abitazione condivisa) anche attraverso la promozione di forme associative per le assistenti Familiari ;</li> <li>• mettere in rete tutti i soggetti che concorrono alla costruzione della domiciliarità.</li> </ul> <p>Si tratta ad esempio di pensare anche a forme di servizio di assistenza familiare condivisa, a beneficio di alcune persone anziane, in condizione di parziale autonomia, abitanti in un contesto di vicinato (Condominio? Corte? Casa?) che faciliti la possibilità di continuare a vivere a casa propria con l'affiancamento di un operatore di assistenza che intervenga nel contesto familiare comunitario (badante collettiva, operatore sentinella o figura che affianca le altre figure di sostegno ...).</p>
Operatori	Rinforzo delle competenze e responsabilizzazione	Rinforzare il gruppo di lavoro degli Operatori di assistenza dipendenti dell'Ambito perché questi possano assumere un ruolo di referenza anche sul

		piano progettuale/organizzativo e coadiuvare l'assistente sociale nell'azione di rendere e mantenere omogenei standard di intervento su tutto il territorio dell'Ambito.
Altri servizi	Sinergia	Incrocio attivo specie con il servizio di accompagnamento sociale per il quale occorre elaborare un programma interno che tenga sotto controllo il fenomeno e gli sviluppi di questo ed effettui un costante controllo e monitoraggio del servizio reso in un'ottica di efficacia ed efficienza a favore dei cittadini.

## Centri sociali

I **centri sociali** rappresentano una risorsa importante sul piano della prevenzione e sul piano del controllo-monitoraggio della situazione di benessere/salute.

Il centro sociale ha una diretta funzione di supporto all'assistenza domiciliare.

L'istituzione di Centri Sociali è sostenuta dal D.P.R. 616/1977, dalla L.328/2000 e dalla L.R. 6/2006, normativa che attribuisce ai Comuni, in tempi diversi ma con medesime finalità, la promozione e l'istituzione di iniziative di aggregazione sociale.

In particolare la L.R. 6/2006 evidenzia come "... il sistema integrato ... opera per assicurare il pieno rispetto dei diritti e il sostegno alla libera assunzione di responsabilità delle persone, delle famiglie e delle formazioni sociali ....".

Ed ancora la Regione "... sostiene la centralità delle comunità locali per promuovere il miglioramento della qualità della vita e delle relazioni tra le persone ...".

La funzione fondamentale riconosciuta ai centri sociali è quello di operare per contribuire, a livello territoriale locale, a far sì che il cittadino anziano possa continuare ad essere attivo e partecipe all'interno del contesto sociale che lo ha visto protagonista, contrastando, da un lato, fenomeni di possibile emarginazione e isolamento e contribuendo, e dall'altro a divenire una risorsa per la stessa comunità valorizzando l'enorme patrimonio di esperienze e saperi presenti in ognuno.

Dall'analisi della normativa e dalla lettura di esperienze diverse attive in altre realtà, emergono alcuni obiettivi specifici che possono essere come di seguito sintetizzati:

### **Sul piano della promozione del benessere e della prevenzione alla salute:**

- promozione e programmazione di attività ricreative come motivo di incontro, di scambio anche con l'impiego di idonea strumentazione (giochi vari, proiettori cinematografici, televisori, quotidiani, registratori ecc);
- promozione di attività ludico e motorie con l'organizzazione di corsi presso il centro o presso palestre del comune ricercando modalità di convenzionamento per gratuità o con fruizione a prezzi agevolati
- promozione di attività ricreativo-culturali mediante visite a luoghi o strutture del territorio od extra territorio



- organizzazione di riunioni conviviali in concomitanza a particolari festività
- promozione di corsi di educazione sanitaria, alimentari; promozione della cultura della sicurezza e della prevenzione degli incidenti
- promozione di attività di segretariato sociale e piccoli interventi sanitari (misurazione pressione arteriosa,...) in raccordo con gli operatori sociali e sanitari del territorio

#### **Sul piano della promozione ad un ruolo attivo:**

- valorizzazione delle esperienze lavorative per la promozione di attività artigianali (insegnamento di vecchi mestieri, creazione “banca dati dei mestieri” con la disponibilità ad insegnare ai giovani – raccordo con le scuole)
- creazione di laboratori di piccoli interventi di manutenzione per anziani in difficoltà economiche
- affidamento di piccoli incarichi di manutenzione parchi, e attività di sorveglianza luoghi ricreativi
- programmazione ed organizzazione degli orti sociali.

### **La realtà dei Comuni dell’Ambito Distrettuale 6.1**

Nella realtà dell’Ambito Distrettuale 6.1 al momento non sono in gestione all’Ambito nessun centro sociale . Sono presenti nel territorio 5 strutture che svolgono una funzione di aggregazione sociale e socializzazione ma che potenziati e messi in rete potrebbero rivestire la funzione di centri sociali.

Ai fini del nostro lavoro è emerso che:

- tutti i centri sono fortemente orientati sul versante del benessere ludico-ricreativo e non sul ruolo attivo;
- sono collegati con altre associazioni di volontariato presenti in quelle realtà, ma non sono collegati ai servizi sanitari e sociali del territorio;

#### **Linee attuali di sviluppo**

Rispetto alle ipotesi di sviluppo e miglioramento, già da ora per tutti i centri è possibile rinforzare l’aspetto **preventivo** sul benessere della salute assegnando ai centri una funzione di monitoraggio/controllo attraverso:

- promozione di una maggiore collaborazione con i medici di base e con il servizio infermieristico per la rilevazione di rischi/segnali di benessere o difficoltà;
- potenziamento della rete di volontariato presente sul territorio per un volontariato di “vicinanza” attiva;
- favorire la preparazione e la consumazione, dove possibile, dei pasti da parte dei fruitori del centro;
- favorire la possibilità di cura dell’igiene di base con interventi di manicure, pedicure, parrucchiera/barbiere...
- promuovere i gruppi di auto mutuo - aiuto;
- sviluppare l’informazione sulla sicurezza a domicilio;

Questo funzione, articolata in attività ed interventi strutturati, potrebbe gradualmente sgravare

impegni oggi assunti dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) operando in stretta collaborazione con lo stesso rispetto a situazioni di rischio/pericolo.

Nel prossimo futuro si potrà lavorare sul piano della promozione del ruolo attivo curando in modo prioritario:

- valorizzazione e recupero dei **vecchi mestieri** e loro utilizzo nel territorio
- potenziare la cultura degli **orti sociali**
- istituzione di una **banca del tempo**

Attualmente le strutture presenti nell'Ambito si possono collocare e delineare in base a due macro piste di lavoro dove alcune attività possono essere ampliate ed alcune esperienze esportate ai vari centri :

Comuni di Sacile Caneva Brugnera Fontanafredda e Aviano	<b>Promozione</b>	Raccordo tra le professionalità e competenze del Servizio sociale dei Comuni e le associazioni e/o volontariato che gestiscono i centri per sviluppare nuove attività ed opportunità in linea con le indicazioni sopra citate (vicinanza attiva, dimensione pro-attiva degli anziani,...)
--	-------------------	---

## Centri Diurni.

I **centri diurni** si caratterizzano come una risorsa rivolta alle persone parzialmente o non autosufficienti ed hanno lo scopo di offrire agli anziani uno spazio fisico/sociale attraverso il quale dare senso alla propria giornata, stimolare le capacità residue e offrire occasioni in cui sperimentare occasioni di "successo", in cui sentirsi utili nonostante le difficoltà e recuperare un ruolo anche all'interno della famiglia, oltre che ad offrire ai familiari uno spazio di respiro nell'assistenza continua e di usufruire di un supporto nell'affrontare la malattia e quindi la cura e l'assistenza al proprio congiunto.

Il centro diurno è una struttura semiresidenziale inserita nella rete dei servizi territoriali a sostegno della domiciliarità che ha come obiettivo prioritario quello di favorire la permanenza della persona anziana non autosufficiente o parzialmente non autosufficiente il più a lungo possibile nella propria casa, favorendo il mantenimento delle abilità e permettendo alle famiglie di reggere il carico assistenziale quotidiano anche attraverso il confronto con operatori preparati.

Per centrare questi obiettivi generali, il centro diurno deve avere alcune caratteristiche:

- offrire agli **anziani** uno spazio fisico e sociale in cui dare senso al proprio tempo, stimolare le capacità residue, offrire occasioni per sperimentare occasioni di successo. Per fare questo è necessario corrispondere ai reali bisogni dell'anziano attraverso la formulazione di piani individualizzati di intervento;
- offrire ai **familiari** uno spazio di respiro nell'assistenza continua, vedere il proprio congiunto anche come portatore di competenze e capacità e di usufruire di un supporto nell'affrontare la malattia anche attraverso incontri formativi ed eventuali gruppi di auto mutuo aiuto, da realizzare a cura degli operatori del centro.

Inoltre:

- assicurare assistenza sanitaria e sociale adeguate sia per qualità che per quantità
- garantire un clima familiare attraverso iniziative di scambio con la realtà territoriale per limitare i rischi di isolamento e mantenere legami con la realtà conosciuta.

Il centro diurno è rivolto prioritariamente a persone anziane cosiddette “ad alto rischio”, persone con deterioramento cognitivo, condizioni psico-fisiche in progressivo deterioramento, elevato rischio di istituzionalizzazione, rete familiare in difficoltà.

### Alcuni dati.

Nella realtà territoriale dell’Ambito 6.1 sono attualmente in funzione quattro centri diurni, ad Aviano, Brugnera, Polcenigo e Sacile. In particolare la gestione dei centri diurni di Aviano Brugnera e Polcenigo è in capo all’Ambito mentre la struttura di Sacile è rimasta in capo al singolo comune.

Nel corso del 2016 in ottemperanza al D.P.R. n° 144/2015 e dalla successiva Delibera n° 1266 del 2015 è stata ampliata e autorizzata la capacità ricettiva per il centro di Aviano da 8 posti a 16, per il centro di Polcenigo si è terminata la procedura per l’autorizzazione all’esercizio come richiesto dalla nuova normativa per 15 ospiti, Brugnera la capienza massima giornaliera è di 20 ospiti .

I posti a disposizione dell’Ambito per i centri diurni sono 51 con modalità di frequenza differenziata (mezza giornata ,a giorni alterni ecc.)

I tre centri dell’Ambito danno attualmente accoglienza a 51 persone

Non ci sono attualmente liste di attesa per i centri diurni dell’ Ambito Sociale .

Tab. 13 – N. Utenti centri diurni divisi per struttura (v.a e % 2014-2016)

	2014		2015		2016	
	v.a	%	v.a	%	v.a	%
Centro Diurno Polcenigo	13	23,2	3	21,4	8	16,0
Centro Diurno Aviano	23	41,1	5	35,7	12	24,0
Centro di Brugnera	20	35,7	5	35,7	9	18,0
Centro di Budoia	0	0,0	1	7,1	0	0,0
Centro di Sacile	0	0,0	0	0,0	21	42,0
<b>Totale utenti</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Fonte; dati SSC

Tab. 14 – Utenti centri diurni dell’ambito per Comune di residenza (v.a. 2012-2016)

	2012	2013	2014	2015	2016
Aviano	15	22	25	5	8
Brugnera	0	0	0	2	6
Budoia	12	10	12	1	2
Caneva	9	12	10	0	4
Fontanafredda	0	3	4	5	8
Polcenigo	1	2	3	0	6
Sacile	0	0	2	2	16
<b>Totale</b>	<b>37</b>	<b>49</b>	<b>56</b>	<b>15</b>	<b>50</b>

Fonte: dati SSC

Dalle tabelle n. 13 e 14 e 14 bis, si evidenzia un trend di aumento degli ospiti presso i centri diurni e in particolare la fascia degli utenti superiore ai 75 anni .

Il numero degli utenti attuali che frequentano i centri:

Centri diurni	2015	2016
<b>Centro Diurno Polcenigo</b>	<b>18</b>	<b>17</b>
<b>Centro Diurno Aviano</b>	<b>19</b>	<b>23</b>
<b>Centro Diurno Bugnera</b>	<b>/</b>	<b>19*</b>
<b>Totale Utenti</b>	<b>37</b>	<b>59</b>

\*dal 18 luglio i nuovi utenti sono 3.

Suddivisione degli utenti per fasce di età:

Fasce di età	2015			2016			
	Polcenigo	Aviano	Totale	Brugnera	Polcenigo	Aviano	Totale
18-64	2	1	3	1	0	2	3
65-74	6	2	8	4	7	2	13
<b>&gt; 75</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>43</b>
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>37</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>59</b>

Provenienza degli utenti:

COMUNI	2015			2016				
	Polcenigo	Aviano	totale	Brugnera	Polcenigo	Aviano	totale	
Aviano	2	10	12	0	4	15	<b>19</b>	
Brugnera	0	0	0	13	0	0	13	
Budoia	5	1	6	0	5	1	6	
Caneva	5	0	5	0	3	0	3	
Fontanafredda	4	4	8	1	2	2	5	
Polcenigo	1(+1)*	0	1	0	2	3	5	
Sacile	0	4	4	2	1	2	5	
Totale	18	19		16	17	23		

\* 1 domiciliato a Polcenigo (non residente) .

Si ritiene che secondo specifici indirizzi dell'Assemblea dei Sindaci, i centri diurni siano parte integrante ed organica della "filiera" dei servizi per la domiciliarità che rappresenta il filo conduttore e cornice più efficace per un sistema integrato di interventi e servizi sociali in questa area di popolazione.

Mettere a sistema questi servizi significa fare un'attenta analisi delle tipologie dell'utenza dei centri, dato atto ad esempio che alcuni si sono specializzati nell'assistenza a persone con patologie demenziali o che altri potrebbero inserirsi nella rete offrendo servizi integrativi come moduli respiro o altro.

### **Altri strumenti a sostegno della domiciliarità**

Nella logica dell'organizzazione dei servizi come filiera di interventi e percorsi integrati, si pone il progetto di organizzazione di una comunità a bassa soglia, localizzata in Comune di Budoia, rivolto a cittadini dell'Ambito in età adulta o età anziana, che per sopraggiunti motivi di salute e compromissione di alcune funzioni, necessitano di una condizione di domiciliarità "protetta".

Il progetto avviato nel 2011 quale sviluppo a corredo del Centro diurno, ha trovato spazio nella programmazione locale, quale nuova unità d'offerta da implementare a seguito di ristrutturazione di un immobile – ex latteria di S.Lucia - ed è stato ammesso a contributo regionale ex art 40 L.R. 6/2006 annualità 2011.

Allo stato attuale la struttura individuata si presta per realizzare il progetto di una prima esperienza di co-housing per quattro persone. L'introduzione del co-housing nella rete locale rappresenta una prima sperimentazione che appare significativa e in risposta ad alcune esigenze locali, tra cui:

1. sostegno alla domiciliarità, in una forma di protezione e di condivisione, soprattutto laddove presenti alcune fragilità nella autonomie di base;
2. recupero di una dimensione relazionale e sociale di contrasto alla solitudine;
3. supporto alla sostenibilità economica della scelta di domiciliarità, come opzione condivisa tra più persone che insieme gestiscono una casa e il personale di assistenza;
4. coinvolgimento ed attivazione nella scelta di gestione della quotidianità e stimolo al coinvolgimento attivo.
5. integrazione con la rete dei servizi domiciliari, per l'accesso al servizio, supporto ed informazione all'utente e formativo all'assistente familiare, supervisione e controllo della gestione comunitaria;
6. integrazione con i servizi semiresidenziali per eventuali progetti di integrazione sociale e mantenimento delle autonomie funzionali;
7. raccordo con i servizi di assistenza sanitaria territoriale per eventuali necessità legate a bisogni sanitari – condivisione di un protocollo di collaborazione con i servizi distrettuali e il MAP di territorio.

Il modello di gestione è in fase di sviluppo per le necessarie integrazioni territoriali e comunitarie da prevedere ed avviare per rendere attuativo il progetto

## Il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP)

Rappresenta uno strumento importante di sostegno alle famiglie nell'affrontare impegni assistenziali importanti. Nella nostra realtà, anche in virtù della proficua collaborazione con la sanità, vengono sostenuti interventi e programmi congiuntamente condivisi e seguiti.

Nel corso del 2016 sono stati approvati n. 244 progetti un terzo sono relativi a persone con più di 85 anni che, grazie alla presenza dell'assistente familiare e alla regia dei familiari, possono rimanere nel proprio contesto di vita con i propri familiari e ricordi.

Per alcuni di questi utenti l'alternativa a tali progetti sarebbe la struttura protetta e/o ricoveri impropri nelle strutture sanitarie.

Tabella n.15 FAP

	2010		2014		VAR. 2010-14	
	APA	CAF	APA	CAF	APA	CAF
<b>AVIANO</b>	<b>34</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>41</b>	<b>-44,1</b>	<b>173,3</b>
<b>BRUGNERA</b>	<b>32</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>-71,9</b>	<b>41,7</b>
<b>BUDOIA</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>0,0</b>	<b>300,0</b>
<b>CANEVA</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>-67,7</b>	<b>180,0</b>
<b>FONTANAFREDDA</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>-34,8</b>	<b>38,9</b>
<b>POLCENIGO</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>-54,5</b>	<b>150,0</b>
<b>SACILE</b>	<b>44</b>	<b>33</b>	<b>18</b>	<b>60</b>	<b>-59,1</b>	<b>81,8</b>
<b>AMBITO 6.1</b>	<b>178</b>	<b>90</b>	<b>79</b>	<b>165</b>	<b>-55,6</b>	<b>83,3</b>

Tab.16 - N. Domande di accesso in struttura residenziale per anziani (v.a. 2014-16) e variazione 2014-16)

	2014	2015	2016	Var. 2014-2016
Aviano	32	20	40	8
Brugnera	9	6	15	6
Budoia	4	7	14	10
Caneva	4	13	14	10
Fontanafredda	21	15	17	-4
Polcenigo	6	4	7	1
Sacile	40	47	42	2
<b>Totale</b>	<b>116</b>	<b>112</b>	<b>149</b>	<b>33</b>

Nel corso dell'ultimo triennio le domande di ingresso in casa di riposo sono aumentate considerevolmente (+28,4%), specialmente nei Comuni della pedemontana, mentre Fontanafredda cala leggermente.

### **Linee di sviluppo del FAP**

Si ritiene che una delle principali linee di sviluppo per quanto riguarda i progetti FAP sia quella di poter inserire organicamente la figura delle assistente familiare nella rete dei servizi, e questo con:

- iniziative di formazione permanente, di base e di specializzazione, che hanno anche il senso di far incontrare le assistenti familiari di vari Comuni tra di loro e con gli operatori dei servizi;
- immaginare una sorta di coordinamento misto tra operatori, cooperativa e assistenti familiari a livello territoriale;
- promuovere progetti collettivi in modo da poter prevedere ad esempio la badante di comunità per un numero ridotto di persone che non necessitano assistenza continuativa ed impegnativa.

### **La Coprogettazione**

Da luglio del 2014 questo Ambito a seguito di analisi avviate in merito alla gestione dei servizi di assistenza domiciliare e in considerazione delle valutazioni che hanno portato alla scelta di operare in una logica di Piano, alla scadenza di alcuni appalti ha scelto di utilizzare lo strumento della coprogettazione per la gestione dei servizi a favore dei cittadini non autosufficienti (anziani in particolare).

Queste riflessioni partivano, in modo specifico, dalla necessità di superare dalle frammentazioni esistenti nell'erogazione dei servizi e dalla possibilità di affrontare problematiche emergenti in un unico contesto di risorse e analisi.

La questione importante era come continuare a garantire la possibilità di permanere nel proprio ambiente di vita a tutte le persone che per motivi diversi si trovano a vivere in una condizione di non autonomia e/o autosufficienza a fronte di un aumento della popolazione anziana e di situazioni di cronicità sanitaria e sociale, e di come modulare i servizi presenti nel territorio in base alle varie tipologie di richiesta /bisogno, dove la flessibilità fosse un valore aggiunto

Con questo strumento innovativo si è pensato di superare le frammentazioni derivanti dall'appartenenza ad un servizio o ad una cooperativa o ad un contratto ma di arrivare ad un obiettivo di condivisione e rafforzamento delle competenze all'interno di una rete che progetta

unitariamente l'offerta dei servizi, che collabora e promuove risorse del territorio.  
Gli orientamenti di fondo erano quelli di:

- 1. Favorire la costruzione e/o il mantenimento di “ambienti di vita”** sufficientemente adeguati. Mantenere e/ costruire ambienti di sostegno significa sostenere per le persone e le famiglie un processo di “apprendimento” che consideri problemi, aspirazioni e competenze nell’ambito del contesto di vita e delle risorse globalmente presenti. Si condivide la scelta valoriale e metodologica del **processo di aiuto** quale strumento maggiormente idoneo a promuovere e sostenere un percorso di costruzione del personale percorso di vita.
- 2. Rinforzare l’integrazione e la sinergia tra servizi** coinvolgendo le realtà territoriali nelle proposte progettuali; ciò significa pensare ai servizi come luoghi che possono favorire le connessioni e l’integrazione con il territorio per co-costruire servizi ed interventi.

La scelta di questo strumento permetteva a livello giuridico di :

- mantenere in capo al Servizio Pubblico la governance dell’offerta di servizi
- contenere all’interno di un unico strumento di gestione tutti i compiti afferenti ai Comuni in tema di domiciliarità
- possibilità di guardare agli esiti dei servizi/progetti attivati introducendo sistemi di monitoraggio e valutazione
- rinforzare il lavoro di integrazione e di rete.
- 

### **Valutazione ad un anno dalla partenza della coprogettazione .**

L’analisi valutativa degli aspetti qualitativi e quantitativi che caratterizzano il piano della domiciliarità è stata realizzata anche da un soggetto terzo ( Studio APS di Milano) che si è avvalso tra l’altro di due focus group composti da Assistenti Sociali e Operatori sociali e personale delle cooperative ,concentrando in particolare l’obiettivo dell’analisi sul servizio domiciliare .

In modo sintetico dagli esiti di tale valutazione si può evincere che:

- i servizi offerti sono caratterizzati da una soddisfacente qualità nonostante siano realizzati con tempi molto ristretti, in quanto sono personalizzati e rassicuranti per i destinatari perché svolgono anche delle funzioni di supporto e controllo dell’operato delle badanti ;
- l’investimento sulla dimensione relazionale ,che costituisce l’elemento qualificante e distintivo del servizio di assistenza domiciliare offerto dalla coprogettazione, è scarsamente visibile e poco rappresentato ,si evidenzia come i servizi erogati mirino all’attivazione dei destinatari e delle loro reti e la cura delle prestazioni assistenziali .
- si evidenzia una consistente cura del personale operativo in investimenti formativi ,supervisioni e dotazioni di strumenti ;
- ci sono delle difficoltà da parte di tutti gli operatori di entrare nella logica della coprogettazione sembra prevalere un modello prescrittivo più che di corresponsabilità ,legato forse alle precedenti esperienze fondate su rapporti regolati dalle gare di appalto ;
- in questo primo anno di coprogettazione si è continuato a lavorare dando continuità alle modalità del passato con miglioramenti significativi nella metodologia di intervento per le sinergie che si sono progressivamente sviluppate soprattutto nei centri diurni.

Lo studio valutativo (vedi allegato integrale) ha fornito degli spunti importanti per lavorare con questo nuovo strumento proponendo una serie di input volti a migliorare la funzione di monitoraggio e di valutazione delle attività realizzate partendo da un controllo periodico dei dati e della spesa .



Nel corso del 2016 e parte del 2017 si sono perseguiti gli obiettivi del progetto in particolare con l'entrata nell'Ambito della gestione del centro diurno di Brugnera si è iniziato a lavorare maggiormente con i centri diurni del territorio per omogenizzare l'offerta dei servizi e per potenziare l'integrazione dei servizi territoriali con i servizi semiresidenziali .

Inoltre a livello metodologico la condivisione dei pari degli utenti con i familiari a permesso una maggiore visibilità del servizio anche alla rete familiare ponendo le basi per ipotizzare dei caffè alzheimer .

A conclusione della coprogettazione luglio 2017 si allega la valutazione a cura dell'IRSES di Trieste che ha coinvolto gli Operatori Sociali e Domiciliari gli utenti e i loro familiari nonché le cooperative che hanno in gestione i servizi .

## Conclusioni ed Indirizzi

Quanto sopra illustrato, risulta di conforto all'indicazione di proseguire nel territorio dell'Ambito Distrettuale di Sacile nella realizzazione di politiche a sostegno della domiciliarità, affinché tutte le persone che a vario titolo richiedano un supporto al loro progetto di vita a domicilio, trovino in una dimensione di prossimità, servizi di assistenza che assicurino accessibilità, competenza e una vasta gamma di opportunità che consenta loro di sostenere realmente scelte alternative all'istituzionalizzazione.

In tal senso risulta necessario proseguire quanto avviato a far corso dal 2011 in termini di attività e servizi, nel rispetto di una logica di sistema che supporti la prosecuzione di un PIANO PER LA DOMICILIARITA' che offra pari servizi a tutti i cittadini dell'Ambito Distrettuale di Sacile e che potenzi la messa in rete dei servizi e delle strutture coinvolte con gli altri attori presenti nel territorio.

Gli obiettivi della politica sociale locale pertanto riguardano sia la conferma dei servizi citati quali parte integrante sostanziale del *sistema per la domiciliarità* in capo alla gestione associata sia per funzione che per gestione e sia la conferma della strategia adottata che favorisce l'approccio a rete dei servizi e l'investimento in un welfare locale di tipo comunitario cercando di migliorare il rendimento sociale delle risorse dedicate.

Al riguardo si ritiene opportuno:

- confermare la prosecuzione dello sviluppo del **piano per la domiciliarità** così come descritto nel presente documento incrementando l'offerta anche con la nuova progettualità di co-acting ;
- licenziare **la carta del servizio** per la domiciliarità entro l'anno 2018, tramite la quale verranno assunti impegni specifici nei confronti dell'utenza riguardo a:
  - tipologia dei servizi erogati,
  - le modalità di erogazione di questi servizi,
  - gli standard di qualità
  - l'informazione all'utente e sue modalità
  - le forme di tutela previste.