



DISTRETTO SOCIO SANITARIO
U.O.S.D. INFANZIA ADOLESCENZA E FAMIGLIA
Servizio Età Evolutiva

1. Priorità di intervento

La multifattorialità delle diverse situazioni che afferiscono all'unità operativa evidenzia necessariamente percorsi integrati tra i servizi e tra le diverse professionalità, quindi da un lato necessitano buone prassi operative e dall'altro alta professionalità accompagnata dalla capacità di lavorare in equipe multi professionali. La nuova ri-organizzazione ha ridefinito l'appartenenza degli operatori a diverse unità operative pertanto si è **voluto mantenere il lavoro integrato** attraverso la presa in carico multi professionale, la discussione e supervisione dei casi in UMD con incontri mensili di tutte le professionalità sociali e sanitarie.

Anche nel 2016 l'attività dell'USD IAF servizio età evolutiva ha mantenuto le seguenti priorità.

- **Mantenimento del lavoro in Unità Multi-Disciplinare (UMD)** presso ogni punto sanità con la presenza di operatori NPI e assistente sociale dell'UOS disabilità, del medico Foniatra, della logopedista, della psicomotricista dell'UOD funzionale di riabilitazione territoriale, della psicologa dell'USD IAF per la valutazione diagnostica e la presa in carico dei minori con o senza disabilità.
In particolare il lavoro dell'UMD si è focalizzato sulla valutazione degli alunni in situazione di handicap ai fini scolastici con relativa presa in carico sociale e sanitaria integrata con le scuole (secondo l'Accordo di Programma Provinciale 2012).
- **Adolescenti /giovani età 11- 18 anni a rischio psicopatologico** con presa in carico socio-sanitaria (presentato progetto a livello aziendale non decollato: priorità diventata criticità).
- **Minori con disturbi specifici di apprendimento (DSA):** costituzione team trasversale di professionalità appartenenti alle tre unità operative in particolare: psicologa dell'USD IAF, neuropsichiatra infantile UOS disabilità, foniatra e neuropsicologa di cooperativa dell'UOD funzionale di riabilitazione territoriale. Presentato progetto a favore di tutto il territorio ULSS 21 mai decollato (priorità diventata criticità).
- **Miglioramento del percorso delineato e adottato dall' Accordo di Programma provinciale per l'integrazione scolastica dell'alunno con disabilità**, che va dalla segnalazione scolastica alla diagnosi e dalla diagnosi all'accertamento U.V.M.D. sia dal punto di vista amministrativo (calendarizzazione U.V.M.D., documentazione condivisa) sia dal punto di vista clinico (vedi codici ICD-10 condivisi per la certificazione), secondo la delibera regionale n° 2248 del 17/07/2007.

2. Tendenze emergenti e/o fenomeni significativi emersi

- *Le situazioni multiproblematiche* sono sempre più presenti nei nostri servizi. Partono dalla sintomatologia del minore includendo spesso "disfunzionalità" importanti non solo a livello individuale ma anche a livello familiare, sociale e scolastico.
- *La multifattorialità* delle diverse situazioni che afferiscono al nostro servizio evidenzia necessariamente percorsi integrati tra i servizi e tra le diverse professionalità, quindi da un lato necessitano buone prassi operative e dall'altro alta professionalità accompagnata dalla capacità di lavorare in equipe multi professionali (vedi attività nelle UMD nei diversi punti sanità) non solo all'interno della stessa unità operativa ma anche con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri.
- *L'aumento costante di soggetti appartenenti a culture diverse* richiama un'altra cultura di accoglienza ed una condivisa presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari.
- *L'aumento costante delle richieste di certificazione per accertamento handicap ai fini scolastici* evidenzia come la scuola utilizzi esclusivamente questo canale anche per approfondimenti clinici per



disturbi legati al neuro-sviluppo. Ciò porta a sovraccaricare i servizi pertinenti per la certificazione che evidenziano ogni anno una buona percentuale (circa il 40-50%) di non certificabili.

- La scuola nei suoi diversi ordini e gradi da tempo evidenzia maggiore difficoltà nel gestire le situazioni di disagio e di rischio psicopatologico che portano la necessità di costruire nel tempo un confronto continuo per favorire una presa in carico sistemica. Da tempo il rischio psicopatologico, negli adolescenti in particolare, ha radici di tipo sociale. Ne consegue una presa in carico che non si fermi alla valutazione diagnostica, ad un percorso terapeutico individuale e/o familiare ma vada verso un lavoro di rete con la scuola, all'interno di una comunità che deve vedere nella prevenzione, nell'informazione e formazione le sue priorità.

La partecipazione ai GHLI (previsti dall'accordo di programma provinciale) va verso questa prospettiva cioè quella di condividere "la cura" dei ragazzi attraverso nuovi linguaggi e sperimentare percorsi condivisi inclusivi e di integrazione delle diversità. (Istituto comprensivo I° circolo, Istituto Minghetti, Istituto Medici, Liceo Cotta, Istituto Silva-Ricci).

3. Dati utenza

	<i>Nuovi utenti visti nel 2016 tramite CUP</i>	<i>Utenti visti nel 2016 (vecchi in carico)</i>	Tot.
Psicologia clinica	(37 + 49 + 70) 156	(42 + 26 + 55) 123	279
Disturbi specifici di apprendimento (secondo L 170/2010)	(25 + 26 + 48) 99	(17 + 12 + 30) 59	158
Disabilità (Nuove richieste di certificazione Handicap) (secondo L.517/77, L104/92, DPR 24/02/94,DGR2248/2007)	(47 + 67 + 90) 204	(54 + 34 + 60) 148	352
	Tot. 459	Tot. 330	789

I nuovi utenti 109, visti dalla sottoscritta, descritti come sopra, evidenziano una discrepanza tra clinica-DSA e disabilità. Ciò è dovuto al fatto che la sottoscritta si è resa disponibile a prendere in carico tutte le nuove richieste di certificazione del Punto Sanità Cerea - Nogara per assenza della psicologa Dott.ssa Baldo.

Le nuove richieste invece per certificazione DSA, ridimensionate nel tempo evidenziano criticità nel percorso che va dalla segnalazione alla diagnosi in quanto il filtro fatto da ogni professionista (psicologo, foniatra, neuropsichiatra) non accompagna il percorso valutativo e l'accertamento diagnostico non sempre condiviso con l'operatore strutturato con evidenti problemi nella presa in carico successiva.

Purtroppo nella fascia CUP dedicata ai DSA arrivano richieste generiche che appesantiscono i processi valutativi specifici per la diagnosi utile alla certificazione. La necessità di ripensare il processo valutativo ha portato la costituzione di un team dedicato che ha elaborato a tal proposito un progetto specifico.

La presenza di minori di cultura diversa "stranieri" evidenziano la necessità di promuovere attività di sensibilizzazione-formazione non solo a livello socio-sanitario ma soprattutto a livello culturale per evitare il consolidamento pregiudiziale e la complicata inclusione sociale nelle proprie comunità. La difficile integrazione evidenzia la necessità di creare "uno sportello d'ascolto per stranieri" ma residenti in Italia, al fine di orientare le diverse richieste amministrative-burocratiche, di assistenza, di prestazioni sanitarie e sociali.

Nell'anno 2016 sono stati visti dalla sottoscritta **79 situazioni di psicologia clinica, 42 situazioni di DSA e 101 minori con disabilità per un totale di 222 persone**. Per queste situazioni è indispensabile la presa in carico pluriprofessionale garantita dal lavoro integrato in UMD, che per assenza e rotazione continua dei

professionisti costituenti ha notevolmente messo in difficoltà non solo la progettazione clinica ma anche la gestione pluriprofessionale.

4. Criticità rilevate

- **Scarsa attività di prevenzione e di sensibilizzazione** rivolte agli insegnanti, in particolare delle scuole di infanzia, ai pediatri e ai medici di medicina generale, professionisti necessari non solo per l'invio corretto ma anche per la condivisione dei possibili progetti individualizzati. Per quanto mi riguarda la maggior parte dei MMG e pediatri sono collaborativi ma per conoscenza personale.
- Le valutazioni dei minori richieste dalle scuole sono sempre maggiori, non solo per l'accertamento di **handicap** ma anche per **disturbi specifici di apprendimento**, problematiche comportamentali importanti associate spesso a **disturbi dell'attenzione ed iperattività (ADHD)** oltre a complesse situazioni sociali, familiari spesso disfunzionali. Le problematiche sopracitate sono in **aumento costante** e necessiterebbero di **un team dedicato per fare diagnosi differenziale, prevenzione e presa in carico nei tempi suggeriti dalla normativa vigente**.
- Attualmente **non esiste un servizio dedicato e strutturato per la presa in carico degli adolescenti** che dovrebbe essere continuativa e ben strutturata, realizzata da specialisti di competenza (con formazione per terapia individuale ma anche familiare) e con un assistente sociale dedicato.
- La presenza di doppia o tripla diagnosi evidenzia la **necessità di equipe multi-disciplinari ben strutturate e centralizzate** non solo per la fase diagnostica ma anche per la presa in carico clinica e/o riabilitativa.
- Difficoltà nel definire un progetto integrato sociale e sanitario per la **frammentazione dell'appartenenza degli operatori a più unità operative**, con dispendio di energie per ridefinire gli accordi o i progetti con continue necessità di elaborare protocolli operativi oltre al disagio percepito dagli utenti..
- La diagnosi di Disturbi Specifici dell'apprendimento, **DSA**, comporta una **visione multi professionale**, come recita la legge e va sostenuta da un'equipe che non solo valuta la presenza del disturbo ma che prende in carico la situazione nella sua complessità. Attualmente, la **restituzione diagnostica** viene data **oltre i sei mesi dall'invio**, la **presa in carico viene consigliata ma non condivisa con l'operatore inviante**, l'utente evidenzia un certo disagio nel seguire il percorso frammentato a livello valutativo e risulta poco comprensibile a quale case manager far riferimento. Purtroppo è tutt'ora presente una scarsa informazione agli invianti medici che fanno l'impegnativa per l'accesso al servizio.
- **La sottoscritta in qualità di referente per le attività trasversali** (da contratto) ha più volte segnalato e presentato:
 - un **progetto per i DSA** condiviso con l'"equipe dedicata interna" (NPI, FON, Scarmagnani e Neuropsicologa) che va dalla segnalazione alla diagnosi e dalla diagnosi alla presa in carico per tutto il territorio (tutt'ora preso in considerazione);
 - **Progetto adolescenti** presentato per affrontare l'aumento delle richieste e la criticità della mancanza di un team dedicato. Purtroppo il progetto è rimasto solo teorico.
- Su delega della Responsabile, la sottoscritta **collabora con l'UOS Disabilità per le UVMD** previste dalla L.517/77, L104/92, DPR 24/02/94, DGR2248/2007. Nel 2016 la sottoscritta ha partecipato come membro della commissione a **173 UVMD per certificazione** ed ha partecipato agli incontri di equipe centrale per il protocollo operativo interno e per incontri con dirigenti scolastici. (vedi relazione disabilità).



5. Progetti attuati

L'esperienza clinica territoriale va riletta in un rinnovato assetto che veda da un lato la flessibilità e la professionalità nei "percorsi diagnostici riabilitativi clinici integrati" ed utili all'utenza e dall'altro evidenzia la necessità di lavorare in rete in partnership pubblico e privato sia per le attività di sensibilizzazione-formazione nell'ambito preventivo, sia per costruire linguaggi, culture rispettose dei bisogni dei minori e delle loro famiglie.

La sottoscritta in quest'ottica ha realizzato i seguenti progetti.

- Progetto Centro d'Incontro di Legnago. La sottoscritta collabora con le educatrici con attività di **supervisione** per i **casi** inviati di disabilità e di disagio psicologico.
- **Supervisione casi agli insegnanti del Liceo Cotta** (al 20 gennaio 2016 al 24 febbraio 2016) sulle situazioni di disabilità e di disagio psicologico e scolastico: incontri seminariati presso la sede scolastica sulle situazioni specifiche e riflessioni teoriche.
- **Progetto sperimentale "Vocazione: una vita per..."** con la finalità di allenare life skills dei **ragazzi** dai **12 ai 14 anni** nel riconoscere le proprie potenzialità e accompagnarli nella ricerca consapevole e creativa della propria vocazione. Tale progetto ha coinvolto 12 ragazzi in carico, concretizzato nella sede del Punto Sanità di Porto nel mese di giugno 2016 a cadenza settimanale con la collaborazione delle rispettive famiglie.
- **Progettazione del percorso formativo con le educatrici asilo nido** del territorio che a seguito di notevoli richieste di consulenza sui minori, ha visto la stesura e la realizzazione del progetto "**Crescere Insieme**" iniziato sabato mattina 17 dicembre 2016 e concluso sabato 25 febbraio 2017.
- **La costituzione "Nidi in rete"**, nata all'interno del percorso "Crescere insieme", persegue obiettivi di formazione permanente su argomenti educativi, ricerca sul campo per orientare le strutture in un'ottica preventiva e favorire il coinvolgimento di più strutture a favore del bambino e della sua famiglia.
- Partecipazione alla formazione per il **progetto BFH UNICEF**.

I progetti sopra citati mi hanno confermato la necessità di un costante e capillare investimento nel territorio per favorire un welfare solidale, un senso di appartenenza utile ad una comunità in cui vanno condivisi i tempi, le relazioni e i valori. Le diverse organizzazioni aziendali sperimentate nel tempo non hanno favorito la visione interdisciplinare e nonostante ciò, il lavoro è sempre stato orientato alla visione globale del bambino e al suo contesto vitale.



DIREZIONE DISTRETTUALE
U.S.D. INFANZIA ADOLESCENZA E FAMIGLIA

Prot. n. Legnago

Vs. rif. N°

Oggetto: Sintesi attività 2016 per
 ADOZIONI e SEPARAZIONI su mandato

Alla Responsabile U.S.D. I.A.F.
 dott.ssa P. Zanini
 e p.c. Al Direttore Direzione Distrettuale
 dott. D. Zanon
 AULSS 9 - Sede di Legnago

Con riferimento all'attività svolta nel 2016 relativamente alle richieste inviate dal Tribunale per i Minorenni di Mestre, dai Tribunali dei Paesi esteri attraverso gli Enti autorizzati all'adozione internazionale e dal Tribunale Civile di Verona, assegnate agli operatori che si occupano di "Sostegno alla genitorialità", si invia una sintesi del numero di situazioni seguite.

La sottoscritta ha svolto un raccordo delle assegnazioni agli operatori ed ha mantenuto i contatti a carattere provinciale con le Ulss e gli Enti implicati nella materia.

ADOZIONI

(referenti al tavolo provinciale dott.ssa Paganella e dott.ssa Zampa)

Il percorso adottivo consiste in attività di sensibilizzazione ed informazione, valutazione della genitorialità attraverso indagini psico-sociali sulle coppie aspiranti adottive, comprese adozioni "speciali", supporto nella fase di attesa, vigilanza all'arrivo dei bambini provenienti da altri Stati e seguiti direttamente dagli Enti quando le famiglie optano per quella scelta, presa in carico dei bambini stranieri in caso la coppia scelga il Servizio pubblico, presa in carico dei minori e delle famiglie per l'adozione nazionale, consulenze alle famiglie anche dopo la conclusione dell'iter legale.

A fianco dell'attività specifica sui singoli casi, viene svolta un'attività rivolta a gruppi mirati e viene portato avanti ormai da diversi anni un progetto, capofila AULSS 20, finanziato al 75% dalla Regione Veneto, organizzato ed attuato a livello provinciale dalle Ulss e da alcuni Enti per l'adozione internazionale.



Nel 2016 i **corsi di sensibilizzazione e informazione** per coppie aspiranti adottive organizzati nella nostra Ulss sono stati 2, ognuno della durata di 4 incontri (14 ore), con la partecipazione di 9 coppie in totale.

L'attività di **valutazione e di presa in carico** relativamente alle coppie aspiranti adottive ed ai minori in fase di adozione o già adottati, è sintetizzata nella seguente tabella.

Valutazioni/prese in carico ADOZIONI disposte dal Tribunale Minorenni relative al 2016		
Operatori Sostegno alla genitorialità (équipe adozioni)		
Indagini psicosociali richieste alla fine dell'anno precedente		
n° indagini da inviare nel 2016		8
n° integrazioni da fare		1
Indagini nuove arrivate 2016		
n° indagini		11
n° integrazioni da fare		1
n° indagini inviate		14
n° integrazioni inviate		2
ritirate		1
n° indagini rimaste con scadenza 2017		4
Situazione bambini		
n° bambini arrivati (ma mancano ancora informazioni ufficiali)		11
n° bambini con vigilanza effettuata entro l'anno		4
n° bambini in carico con relazioni ai Tribunali		13
n° relazioni per bambini inviate		19



Progetto Territoriale Veneto Adozioni (PTVA)

“L’adozione in movimento” (conclusione progetto precedente - DGR n. 2676 del 29/12/2014 ed inizio nuova progettualità - DGR n. 2014 del 23/12/2015)) – Prosecuzione ed ampliamento dei progetti in campo adottivo degli anni precedenti, con focus sul periodo dell’attesa (pre adozione) e sulla fase adolescenziale (post adozione).

A conclusione del progetto precedente sono stati attuati: 1 Tavolo di coordinamento provinciale conclusivo, 2 serate a tema in primavera (con una partecipazione di circa 100/110 persone a serata) ed è proseguito il “gruppo attesa” con 4 incontri e la partecipazione media di 30 persone.

Per la nuova progettualità sono stati effettuati: 1 incontro preparatorio tra le Ulss della provincia + 5 incontri del Tavolo di lavoro con i nuovi Enti per l’adozione internazionale stabiliti dalla Regione; 1 incontro di autoformazione, aperto alle équipes delle tre Ulss sulle diverse procedure degli Stati esteri; 3 serate a tema per genitori sul tema dell’adolescenza, di cui 1 con relazione della nostra équipe, (con una partecipazione media di circa 60 persone), sono ripresi gli incontri del “gruppo attesa” (circa 30 persone), si è svolto un “Ado-Day”, organizzato direttamente dall’Associazione che si è costituita tra famiglie adottive, a cui hanno partecipato circa 120 persone tra coppie adottive, coppie in attesa e circa 35 bambini.

Ad aprile 2016 sono stati effettuati 2 incontri di sensibilizzazione/informazione per insegnanti dell’Istituto Comprensivo di Minerbe, con la partecipazione di circa 20 insegnanti, compresa la dirigente; tali incontri erano stati organizzati su precisa richiesta e proposta alla scuola da parte di un gruppo di genitori adottivi.

La scheda del progetto è contenuta nel Documento “Ripianificazione del Piano di Zona...”, recepito con delibera n° 362 del 21/07/2016.

Per quanto riguarda le **Priorità**, per il progetto esse sono state definite dalla Regione Veneto (supporto alle famiglie nella **fase di attesa** e nella **fase adolescenziale**).

Tra le **problematiche emergenti** si conferma quanto già segnalato lo scorso anno relativamente alle situazioni di collocamento di minori a cosiddetto “**rischio giuridico**” (adozione nazionale), per i quali si ritiene possano essere adottati ma che in alcuni casi hanno ancora rapporti “protetti” con le famiglie biologiche, in una situazione di “doppio binario” a difficile gestione, soprattutto a livello emotivo. Preoccupazione rimane anche per i “**fallimenti**” **adottivi**, situazioni in cui non riesce ad instaurarsi quel legame di attaccamento necessario per un’affiliazione e che può in alcuni casi portare all’allontanamento del minore adottato dalla famiglia, con tutte le problematiche che ne seguono.



Si ricorda che l'**operatività** richiesta per le indagini psico sociali e per il sostegno ai minori ed alle famiglie adottive prima e dopo l'adozione è **particolarmente onerosa in termini di tempo**: solo per la conclusione e la relazione di uno studio di coppia vengono mediamente impiegate decine di ore sia da parte dello psicologo che della assistente sociale, oltre alle attività connesse per i corsi di informazione e sensibilizzazione preliminari alla disponibilità che le coppie inviano al Tribunale. A ciò vanno aggiunte le attività di sostegno messe in atto dopo l'idoneità e quelle inerenti il progetto o direttamente richieste dalle famiglie. Ricordando che devono esserci almeno due équipes, va segnalata come **criticità** del servizio la mancanza di un operatore assistente sociale, per mancata sostituzione, che ha comportato la richiesta ad altro Servizio di un supporto parziale solo per le indagini psico-sociali che obbligatoriamente devono essere fatte da psicologo e assistente sociale. Tale carenza ha comportato che l'unica assistente sociale presente ha dovuto quasi duplicare la sua attività in quest'area, dovendo nel contempo mantenere tutte le altre competenze.

Si segnala che nel 2016, in linea con quanto era già avvenuto negli anni precedenti presso le altre Ulss e sull'intero territorio nazionale, le nuove richieste di indagine psico-sociale per coppie aspiranti adottive sono notevolmente diminuite. È possibile che tale **tendenza (minor disponibilità all'adozione)**, sia collegabile al peggioramento generale della situazione socio-economica.

SEPARAZIONI **su mandato del Tribunale Civile**

(referenti al tavolo di monitoraggio con Tribunale:

dott.ssa Paganella e dott.ssa Colosi; da novembre 2016 anche dott.ssa Zappon)

Con riferimento alle attività connesse ai mandati del Tribunale Civile in ambito separativo per coppie altamente conflittuali con figli minori, nel corso del 2016 è stata effettuata la seguente **operatività a carattere generale** e di supporto:

- Partecipazione a 5 Tavoli di Monitoraggio provinciali con rappresentanti dei Giudici, delle associazioni di Avvocati, dei Servizi Ulss e Comune di Verona;
- 1 incontro tra Responsabile I.A.F. ed operatori dell'area Sostegno alla Genitorialità sulle problematiche evidenziate;
- 1 incontro col nuovo direttore del D.S.M. sulle modalità di collaborazione (a cui ne è seguito un altro a cui ha partecipato la Responsabile);
- 8 commissioni per l'assegnazione dei casi, oltre a 2 commissioni effettuate telefonicamente e via mail;

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

- 4 incontri di auto-formazione, regolarmente accreditati, gestiti direttamente dagli operatori ed inerenti le aree tematiche precedentemente individuate come da approfondire.

Per quanto riguarda l'**attività diretta** relativa alle disposizioni dei Giudici, la situazione è sintetizzata nelle tabelle che seguono.

Si precisa che alcuni mandati del Tribunale sono stati assegnati direttamente alla Tutela Minori, o per pregressa conoscenza, o per una situazione già ravvisata come rischio di pregiudizio. I dati sotto riportati si riferiscono unicamente all'attività assegnata all'Area Sostegno alla Genitorialità e andranno quindi integrati con i dati della Tutela Minori per una corretta conoscenza dell'entità delle richieste da parte del Tribunale Civile.


 Valutazioni/prese in carico SEPARAZIONI disposte dal Tribunale Civile relative al 2016
 Operatori Sostegno alla genitorialità + psicologa per minori

Casi già conosciuti anni precedenti

n° richieste intervento + relazione	relative al 2016	relative al 2017
per sostegno genitorialità	39	6
per minori	7	3
(per SERD)	((1))	
(per DSM)	((1))	3
n° casi vecchi	28	8

Casi nuovi 2016

n° richieste intervento + relazione	relative al 2016	relative al 2017
per sostegno genitorialità	19	13
per minori	7	6
per SERD		
per DSM		
n° casi nuovi	26	13
Totale richieste espletate	72	31
Totale casi	54	21



Da una analisi effettuata della tipologia di richieste (che usualmente sono plurime) da parte dei giudici, si è evidenziato che per la maggior parte sono di effettuare un Percorso di sostegno alla genitorialità e dare indicazioni su collocamento e visite.

TIPOLOGIA RICHIESTE DEL TRIBUNALE CIVILE

n° casi analizzati	72	
n° quesiti posti	231	
Sostegno genitorialità (e/o mediazione familiare)		58
Indicazioni collocamento/visite/trasferimenti		42
Valutazione/accertamento condizioni Minori		25
Valutazione/indagine contesto anche allargato/adeguatezza luoghi		22
Monitoraggio situazione/aggiornamento		22
Valutazione capacità genitoriali/di interrelazione		19
Ascolto minori		12
Presenza in carico/sostegno minori		11
Ripresa rapporti con genitore		6
Visite protette/facilitanti		5
Presenza in carico/sostegno adulti		3
Valutazione da SERD		3
Valutazione da DSM		3

Tra le attività dirette vanno considerati anche quegli interventi che, pur non essendo disposti (o non potendolo essere per quanto riguarda la Mediazione Familiare) dal Tribunale, sono stati effettuati a favore degli utenti dell'ambito separativo:

- Facendo seguito a quanto emerso dalla formazione, è stato sperimentato un "Separation Short Group", organizzato presso la sede di Porto, con l'obiettivo di focalizzare l'attenzione delle coppie genitoriali in separazione sulle problematiche dei minori.

- Sempre a Porto di Legnago sono stati portati avanti un ciclo di 8 incontri del "Gruppo genitori Separati" ed un ciclo del "Gruppo di Parola", dedicato a figli di separati con età tra 6 e 11 anni.

- A Bovolone sono state valutate e/o prese in carico per Mediazione Familiare 17 situazioni (13 coppie + 4 singoli), per un totale di 30 persone. Si ricorda che il percorso di mediazione è riservato, protetto dal segreto professionale e del tutto autonomo dall'iter legale della separazione. L'eventuale integrazione e la verifica giuridica degli accordi raggiunti in mediazione è competenza dei legali di fiducia.



Tra le **criticità** riscontrate in questa area di intervento, si segnalano:

- per gli operatori: la **carenza di personale** per quanto riguarda la figura dell'assistente sociale, dopo la mancata sostituzione di operatore designato ad altro Servizio. A seguito di ciò alcune situazioni non vengono seguite in équipe ma unicamente dalla figura dello psicologo e pertanto in modo parziale.
- la **lunga durata** delle prese in carico che, col sopraggiungere di nuove richieste, produce un aumento di casi "aperti" che sta diventando poco gestibile e già segnalato al Tavolo di Monitoraggio provinciale da tutti i Servizi.
- per le famiglie: la **difficoltà a concentrarsi sui problemi dei figli minori**, rimanendo invischiati in problematiche di tipo coniugale.

Tra le **problematiche emergenti**, oltre a confermare che l'elevata conflittualità in separazione è essa stessa una problematica emergente, si segnalano le difficoltà nelle **coppie "miste"**, con genitori di diversa nazionalità e/o religione, connesse sia a intenzioni/richieste di trasferimento all'estero da parte del coniuge con cui vive il minore, sia a profonde divergenze sull'esercizio della genitorialità in base a diversa concezione di vita o credo religioso.

La **priorità** che l'équipe sostegno alla genitorialità si è data in quest'area di intervento è stata di ricollocare fortemente **i figli** al centro dell'attenzione delle coppie, anche attraverso l'uso di immagini, video o brevi incontri informativi sui loro possibili disagi, come sperimentato con il Separation short group.

A disposizione per eventuali chiarimenti, si porgono cordiali saluti.

La psicologa
dott.ssa Alessandra Paganella

Servizio Tutela Minori

RELAZIONE VALUTATIVA 2016

Il contesto socio, ambientale, economico, culturale ha subito notevoli modificazioni negli ultimi anni; l'idea di famiglia è molto cambiata e ha subito notevoli trasformazioni nella struttura stessa (fam. Nucleari, ricomposte, miste, migranti ecc) anche i modelli relazionali ed educativi hanno visto nel tempo una radicale trasformazione assumendo talvolta una miriade di sfaccettature diverse ed un crescendo di complessità e frammentazione; va inoltre aumentando una certa precarietà e fragilità anche nei rapporti e nelle relazioni, facendo emergere spesso ampie fasce di famiglie carenti con poche o quasi nulle capacità educative, relazionali, e di "CURA".

Il ruolo della donna, uscita dalle mura domestiche, ha acquistato con il tempo sempre maggior spazio nel tessuto sociale, economico, lavorativo conquistando talvolta anche con forza ruoli di potere e di successo nel lavoro e nella vita sociale, ma che d'altro canto appare più fragile, più sola, più insicura e vulnerabile.

Il Servizio ha puntato quindi come priorità al miglioramento delle relazioni familiari, in quanto la famiglia è intesa come primo luogo dove vengono date o non date soluzioni ai problemi.

La famiglia è il primo luogo infatti di cura delle persone ed è il primo ambito di promozione della salute e del benessere dei suoi vari componenti, è il primo luogo dove si possono trovare risorse.

La famiglia viene seguita quindi come parte attiva cooperante e collaborante.

La famiglia non è solo un aggregato di persone ma è anche una configurazione di relazioni e di connessioni che possono dare forza o viceversa debolezza ai componenti del contesto familiare.

Il focus quindi, degli interventi, è stato sulle relazioni e non solo sull'individuo singolo.

Per poter intervenire quindi sulle priorità sopra evidenziate (relazioni familiari ed extra familiari) il Servizio Tutela Minori ha cercato di ottenere degli alleati quali: i servizi specialistici socio-sanitari ma soprattutto di avere come partner agenzie pubbliche e private del territorio.

Tale priorità è stata di difficile raggiungimento in quanto permane ancora nel territorio una mentalità settoriale, frammentata, e soprattutto di deresponsabilizzazione.

Per il Servizio tutela minori gestire un caso segnalato significa costruire un "progetto di vita" dove più operatori cooperano, con una stessa intenzione alla base.

Anche se il servizio gestisce situazioni familiari gravemente compromesse ritiene che debba essere potenziata o debbano essere implementati gli interventi di prevenzione primaria:

- favorire progetti per una genitorialità positiva,
- favorire la prontezza e l'adeguatezza delle risposte socio-sanitarie nella prima infanzia,
- favorire progetti di connessione e di collegamento scuola - famiglia di ogni ordine e grado.

Una particolare attenzione dovrà essere rivolta anche alla problematica della fascia d'età adolescenziale sia per le difficoltà individuali dell'adolescente (disturbo del comportamento, patologie psichiche ecc...) sia per gli aspetti relazionali, difficoltà di rapporto con i genitori, con gli adulti ed i pari, con interventi dedicati che non spezzettino le problematiche quali: dipendenze, disagio psichico, disagio psicologico, disagio sociale, ecc...

La presa in carico dovrà quindi avvenire a tutti i livelli con specialisti dedicati che li possano seguire dalla valutazione alla psicoterapia.

Una ulteriore attenzione dovrà essere posta verso i maggiorenni che escono dai percorsi di protezione, per loro dovrà essere costruito un progetto che porti all'autonomia in stretta collaborazione con gli operatori del Comune di residenza; percorso che sta avvenendo solo in rarissimi casi.

Altra criticità non meno importante è la necessità di potenziare l'attuale servizio Tutela Minori non solo come risorse umane ma anche come valorizzazione delle funzioni svolte dagli operatori in esso inseriti.

La complessità e la delicatezza dei casi gestiti collegati ai tribunali e non, dovranno essere seguite da una equipe multi specialistica e multi professionale aggiungendo la figura di un Neuropsichiatra e di uno Psichiatra anche se solo come consulenti, a quelle già esistenti di Assistente Sociale, Educatore e Psicologo, condizione che il servizio allo stato attuale non ha.

Gli organi giudiziari (Tribunale Minorenni, Tribunale Ordinario ecc...) stanno richiedendo interventi di valutazione e di presa in carico molto dettagliati e complessi e con tempi di presa in carico molto lunghi.

E' auspicabile quindi che gli operatori che compongono l'equipe vengano stabilizzati oltre al potenziamento sopra descritto.

Il servizio Tutela Minori nell'anno 2016 in collaborazione con l'Ufficio del Piano di Zona, ha aderito al progetto "La porta aperta" sui contenuti della interculturalità rivolto agli operatori sociali del territorio.

Relativamente all'utenza il Servizio nell'anno 2016 ha ricevuto 106 richieste di intervento relative a casi già seguiti e ha ricevuto 86 richieste di intervento per casi nuovi, oltre alla gestione di 170 minori in affido: 41 in struttura e 129 in affido diurno e residenziale.

Da ricordare è il progetto "affido diurno" ad educatori che il Servizio Tutela Minori sta portando avanti da anni con notevole risparmio economico e con elevata qualità di risposta sia per i minori che per le loro famiglie.

Dati Utenza e prestazioni

Le visite facilitanti e / o protette effettuate nel 2016 sono state 502.

Le prestazioni degli operatori del Servizio sono state circa 5600.

CENTRO PER L’AFFIDO E LA SOLIDARIETÀ FAMILIARE



PREMESSA

Il Centro per l’affido e la solidarietà familiare (deliberazione del Direttore Generale n. 1 del 2010) si configura come luogo che, nell’attuale panorama dei servizi, ha la sua specificità nella capacità di generare e promuovere risorse per l’intera comunità. All’interno del Piano di Zona 2011-2015, prorogato per l’anno 2016, uno dei bisogni emergenti del profilo di comunità in ambito distrettuale dell’Area Famiglia, Infanzia, Adolescenza, Minori in situazione di disagio e Giovani, è quello di svolgere azioni di potenziamento delle esperienze di accoglienza, quale l’Affido familiare.

Il C.A.S.F. (centro per l’affido e la solidarietà familiare) è stato costituito, per l’anno 2016, come da delibera del 2010, da un’ assistente sociale per 15 h settimanali (dr.ssa Colosi Valeria, referente del CASF) e da quattro associazioni affidatarie presenti nel territorio: Associazione “Papa Giovanni XXIII”, Associazione “Una famiglia in più”, Associazione “Movimento per l’affido e l’adozione onlus”, Associazione “Famiglie per l’accoglienza”.

La partecipazione del C.A.S.F. sia nella figura professionale dell’assistente sociale che come famiglia affidataria ai tavoli di lavoro territoriali del Piano Infanzia Adolescenza Famiglia e del Piano di Zona, ha reso possibile nel 2016 la prosecuzione dell’offerta di forme innovative di supporto alla famiglia e ai bambini, denominate **Prossimità familiare** e **Supporto educativo familiare** (Progetto Famiglie a braccia aperte).

L’esperienza dei sei anni di attività ha evidenziato il bisogno di rinnovare la sensibilizzazione delle famiglie e stimolare nella comunità una cultura della solidarietà familiare con il coinvolgimento in primis dei Comuni.

Inoltre, la verifica sui nuovi interventi solidali attivati guardando sia ai bisogni emersi che alle prassi, è sfociata nell’adesione al **progetto regionale Laboratorio Famiglie in Rete**.

PRIORITA' E DATI

Il C.A.S.F. ha realizzato le sue finalità nel corso dell'anno 2016 principalmente seguendo due filoni: quello dell'affido e quello delle solidarietà familiari (Famiglie in rete).

Rispetto all'**affido** ha effettuato:

- sostegno di gruppo alle famiglie affidatarie con affidi in atto;
- sostegno alle famiglie affidatarie in attesa, al fine di rinnovare e/o rimodularne la disponibilità, attraverso la partecipazione agli incontri formativi e di auto aiuto svolti all'interno delle associazioni affidatarie;
- aggiornamento e rivisitazione banca dati famiglie affidatarie (Progetto regionale Gemini);
- valutazione disponibilità psicosociale all'affido;
- risposte di abbinamento alle richieste di affido provenienti dal servizio Tutela Minori e da Enti pubblici esterni all'ulss 21;
- accompagnamento e sostegno alle famiglie affidatarie nell'attivazione e nelle verifiche degli affidi.

Rispetto all'area della **solidarietà familiare** sono stati attuati i seguenti interventi:

- sostegno alle famiglie che hanno esperienze di prossimità familiare attive;
- consolidamento funzione di tutoraggio delle associazioni nelle situazioni di prossimità familiare e supporto educativo familiare;
- condivisione nei tavoli di lavoro PIAF territoriali e centrale di bisogni emergenti e attivazione interventi;
- consolidamento della conoscenza tra le realtà di accoglienza del territorio afferenti al **C.A.S.F. Allargato**;
- promozione all'interno del Piano di Zona dell'esperienza del C.A.S.F. allargato.

Si riportano per completezza alcuni dati riguardanti le priorità definite. Nell'anno 2016 sono **8 le famiglie affidatarie** con affidi in atto presenti nella banca dati del C.A.S.F. e seguiti dal C.A.S.F. stesso per rispettivi 10 minori. Sono stati invece **13 i minori coinvolti** in progetti di prossimità e supporto, per un totale di **11 famiglie assistite**. Le **famiglie solidali** coinvolte nei progetti sono **15**.

Gli **incontri di coordinamento** con le associazioni di famiglie affidatarie sono stati **13 (èquipes C.A.S.F.)**.

Si sono coordinati **3 incontri itineranti** per il tavolo C.A.S.F. Allargato.

Non sono stati attivati corsi di formazione all'affido familiare, poiché le famiglie presenti in banca dati e attualmente disponibili sono già numerose.

Gli operatori del Casf e i referenti delle Associazioni affidatarie hanno partecipato a **7 incontri PIAF**, nei tre punti sanità, con l'intento di sensibilizzare agli interventi di prossimità familiare.

PROGETTUALITA' SOLIDALI INNOVATIVE

PROGETTO REGIONALE LABORATORIO FAMIGLIE IN RETE

Da gennaio a dicembre 2016 il fulcro delle attività del C.A.S.F si è orientato verso l'attivazione e la realizzazione del progetto regionale Famiglie in rete (decreto dirigenziale regionale n. 10 del 31 dicembre 2015, attuativo della delibera regionale n. 2678 del 29 dicembre 2014, progetto dell'Aulss 21 "Una comunità che genera accoglienza..." del 23 marzo 2015 Protocollo n. 17807 RG.).

Nei precedenti anni 2014 e 2015, alcuni operatori avevano già partecipato all'attività di formazione condivisa con tutte le Aulss aderenti al progetto. In particolare corposa è stata la partecipazione agli incontri formativi presso Castelfranco Veneto e agli incontri svolti all'interno di questa Aulss per sensibilizzare gli operatori dei Comuni e dell'Aulss e gli amministratori locali.

Si è quindi attivata, nel corso di questo anno, l'attività di pre-sensibilizzazione dei territori al fine di intercettare quei Comuni che potessero aderire al progetto e fossero disponibili e attivi per la creazione di reti di famiglie. Nello specifico sono stati effettuati:

- **26 incontri di sensibilizzazione e formazione** (incontri formali e informali);
- **5 incontri con gli assessori.**

Si sottolinea che la maggior parte di tali incontri si sono svolti in orario serale e dislocati in diversi paesi e frazioni.

Contemporaneamente si è mantenuto il rapporto con il Laboratorio regionale partecipando a **4 incontri a Castelfranco Veneto**, per una costante verifica e supervisione sull'andamento del progetto.

Si è partecipato, inoltre, ad **1 incontro a Venezia** con il Dirigente Regionale dell'Area famiglia, dott. Rampazzo Lorenzo.

Si sono anche realizzati, a cadenza mensile, **12 incontri di coordinamento** tra gli operatori Comunali, dell'Aulss e delle Associazioni Affidatarie, che sono parte attiva del progetto.

Si è mantenuto, infine, un rapporto costante con il Direttore dei Servizi Sociali, dott. Moretto Franco, attraverso **8 incontri.**

Risultati

Nonostante l'esiguità in termini di tempo e personale dedicati al progetto, a dicembre 2016 sono risultate attivate **3 reti** di famiglie, precisamente nei comuni di Bovolone, Salizzole e Ronco all'Adige.

Si è attivato un percorso di formazione per la creazione di reti di famiglie nei Comuni di Nogara, Gazzo Veronese e Sorgà.

É stata inoltre attivata un'accoglienza nel Comune di Bovolone.

Criticità

- Carenza di personale dell'Aulss dedicato al progetto.

Per il 2016 sono stati designati al progetto l'assistente sociale referente per 10 h settimanali, 2 educatori per 5 h settimanali e 2 assistenti sociali esperte nell'auto aiuto per la formazione alle famiglie. Tutti gli operatori sono riusciti a lavorare al progetto solo sforzando dal proprio orario di lavoro.

- Difficoltà di coinvolgimento degli assistenti sociali dei Comuni, per carenza di tempo e per difficoltà di scegliere il progetto tra le priorità del proprio lavoro.
- La maggior parte dell'attività del progetto va svolta in orario serale, in rispetto dei tempi delle famiglie.
- Scarsa dimestichezza degli assistenti sociali comunali con il lavoro di comunità.
- Diffidenza da parte delle famiglie e della comunità nei confronti delle istituzioni pubbliche.
- Non riconoscimento economico in termini di orario straordinario o incentivo da progetto per il lavoro svolto.
- Difficoltà di mantenere alto l'interesse da parte degli amministratori locali per il progetto.

SINTESI FINALE: TENDENZE E CRITICITÀ

La partecipazione sia a progetti che ai tavoli di lavoro territoriali e centrali, ha dimostrato e confermato quanto la scelta mista della composizione del Servizio (pubblica e privata) si sia rivelata sia di forte slancio propositivo, che di risposta alle esigenze del territorio e della vicinanza alle famiglie accoglienti in maniera costante, fortemente empatica ed economicamente vantaggiosa.

La crescente molteplicità di bisogni interconnessi tra loro evidenzia che, ai bisogni della comunità e delle famiglie, non può corrispondere una risposta univoca o standardizzata da un servizio istituzionale. Questo nonostante la difficoltà di dover costantemente rappresentarsi e mettere insieme tutte le possibilità, che implicano linguaggi e visioni spesso discordanti tra loro. In tal senso pare assolutamente importante proseguire e stabilizzare il tavolo di lavoro del C.A.S.F. allargato.

Si sottolinea quanto gli interventi di prossimità familiare e supporto educativo familiare abbiano agito nella prevenzione di situazioni di isolamento e disagio, rispondendo ad alcuni dei bisogni emergenti delle famiglie. Questo ha generato sia una domanda maggiore, che il bisogno di nuove risorse familiari solidali. La ricerca di nuove risorse è possibile solo mediante un cambiamento radicale dello sguardo con il quale ci si avvicina al territorio: un approccio che guarda alla comunità come risorsa e non solo come portatrice di bisogni e problemi. Una comunità che se sostenuta e stimolata può scoprire le proprie potenzialità, metterle in rete e generarne di nuove. La condivisione nei PIAF territoriali di tale prospettiva sta maturando, ma con

alcune criticità legate al carico di lavoro degli operatori, in particolare dei Comuni, luogo privilegiato e deputato per vicinanza, a promuovere tale cambiamento, e alla difficoltà di rinnovare sensibilità anche politiche, che per mandato hanno bisogno di esiti visibili e immediati, mentre tale prospettiva agisce con un lavoro certosino e nel lungo periodo. Premessa essenziale è il lavoro costante e impegnativo da sostenere sul fronte culturale. Una grande sfida questa ma anche una criticità.

Certamente la presenza di una sola ed unica assistente sociale rappresenta un grosso impoverimento per il servizio e sembra certamente ipotizzabile un forte abbassamento della presenza del C.A.S.F. in tutti quei luoghi sopra descritti che hanno fondamentale importanza nel lavoro costante di divulgazione della cultura dell'accoglienza e del reperimento di famiglie disponibili all'affido e alle altre forme di accoglienza.

Sempre più pertanto si rende necessario consolidare la presenza delle Associazioni affidatarie radicate nel territorio come soggetti costitutivi il C.A.S.F. che, sole, possono sopperire a questa pesante situazione di carenza di risorse.

Bovolone, 20.03.2017

La Referente del C.A.S.F.
Assistente Sociale Colosi Valeria

AREA ANZIANI

sintesi

A) Le priorità di intervento seguite

SOSTEGNO ALLA LIBERA SCELTA DEL CITTADINO NELL'ACCESSO AI SERVIZI IN
RELAZIONE ALLE SUE SPECIFICHE ESIGENZE

La realizzazione di un sistema integrato di servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali che promuovano e sostengano la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita le persone non autosufficienti si fonda sul binomio residenzialità-domiciliarità al fine di assicurare un'articolata rete di servizi sociali e sanitari, necessariamente integrati fra loro, con lo scopo di recuperare l'anziano dal rischio dell'isolamento ed emarginazione, sostenere l'invecchiamento nel proprio contesto familiare favorire il più possibile l'autonomia personale e limitare l'aggravarsi delle condizioni di salute, garantire assistenza all'anziano nelle situazioni di fragilità o non autonomia, supportare il suo nucleo familiare, superando e affrontando la criticità fino ad ora rilevata quale la settorializzazione degli interventi e la mancanza di una presa in carico unitaria.

AZIONI

- Interventi di attribuzione veloce di impegnative temporanee (max 60 gg) riabilitative, sociali, di sollievo
- Lenta ma continua evoluzione delle strutture da Case di Riposo a Centri di Servizio e, di conseguenza, il coordinamento con i Comuni per interventi a domicilio in integrazione al SAD e il coordinamento con A.ULSS per l'assistenza domiciliare integrata;
- Definizione di rapporti convenzionali per la gestione di funzioni di ADI anche da parte dei Centri di servizio, nell'ambito del territorio di pertinenza

B) Le tendenze emergenti

Se sino a qualche anno fa il territorio appariva caratterizzato dalla tenuta della famiglia, le profonde modificazioni avvenute nel tessuto e contesto sociale (es. l'abbandono dell'attività agricola come forma di sostentamento in particolare delle fasce adulte-giovani, la radicale trasformazione della famiglia, l'isolamento delle fasce anziane, la migrazione, l'urbanizzazione, le mutate condizioni economiche ecc.) hanno determinato cambiamenti nella comunità tali da far perdere, negli anni, la tradizionale solidarietà che essa aveva per l'anziano.

Orientamento alla programmazione territoriale delle risorse mediante la valorizzazione, la promozione e il sostegno della domiciliarità quale ambito privilegiato per la realizzazione di azioni e interventi a favore delle persone anziane e delle loro famiglie, in collaborazione tra Enti Locali, Aziende UU.LL.SS.SS. e Terzo Settore cercando di assicurare risposte integrate e appropriate ai bisogni socio assistenziali e socio sanitari delle persone anziane e delle loro famiglie, attraverso la pianificazione regionale e locale dei sistemi della domiciliarità e della residenzialità e l'integrazione e la continuità assistenziale tra i due sistemi.

In considerazione dell'importanza di mantenere l'anziano nel proprio ambiente familiare e nel proprio contesto abitativo e sociale, si riserva l'accoglienza residenziale alle persone non altrimenti assistibili, garantendo allo stesso tempo la qualità e l'appropriatezza degli interventi, nonché l'accessibilità e la sostenibilità economica dei servizi.

AZIONI

- Ri-organizzazione dei servizi A.ULSS in ottica di semplificazione dell'accesso, collaborazione e coordinamento, presa in carico e continuità con coinvolgimento degli specialisti ospedalieri ed ambulatoriali;
- Ricognizione disponibilità "posti sollievo" come supporto alle famiglie attraverso interventi a carattere temporaneo per emergenze o programmati ed adeguamento costi;
- Graduale revisione della % di posti letto di media assistenza nei centri di servizio:

- aggiornamento del piano di zona attualmente sottostimato con un adeguamento - incremento anche di impegnative per posti di media assistenza;
- Decadimento Cognitivo: sono state emesse delle linee di indirizzo successive al Piano che devono essere ricomprese in esso insieme con risorse specialistiche specificamente dedicate;
 - Offerta formativa della Geriatria per il personale dei Centri di Servizio;
 - Promozione di progetti integrati tra Centri di Servizi e territorio (nuova convenzione);
 - Estensione dell'utilizzo da parte delle persone anziane del territorio di spazi, attività, prestazioni erogate dai Centri di Servizi;
 - Incremento della valorizzazione di Centri di Servizio che danno prestazioni articolate e plurime;
 - Diffusione ed incremento delle attività del nucleo cure palliative in risposta al continuo aumento dei bisogni assistenziali, in viraggio da principalmente sanitari a prevalentemente sociali, con il duplice obiettivo di dare risposte adeguate a domicilio delle persone ed evitare inappropriati quando non inopportuni accessi in pronto soccorso e successivi ricoveri ospedalieri
 - Attivazione posti letto OdC e URT

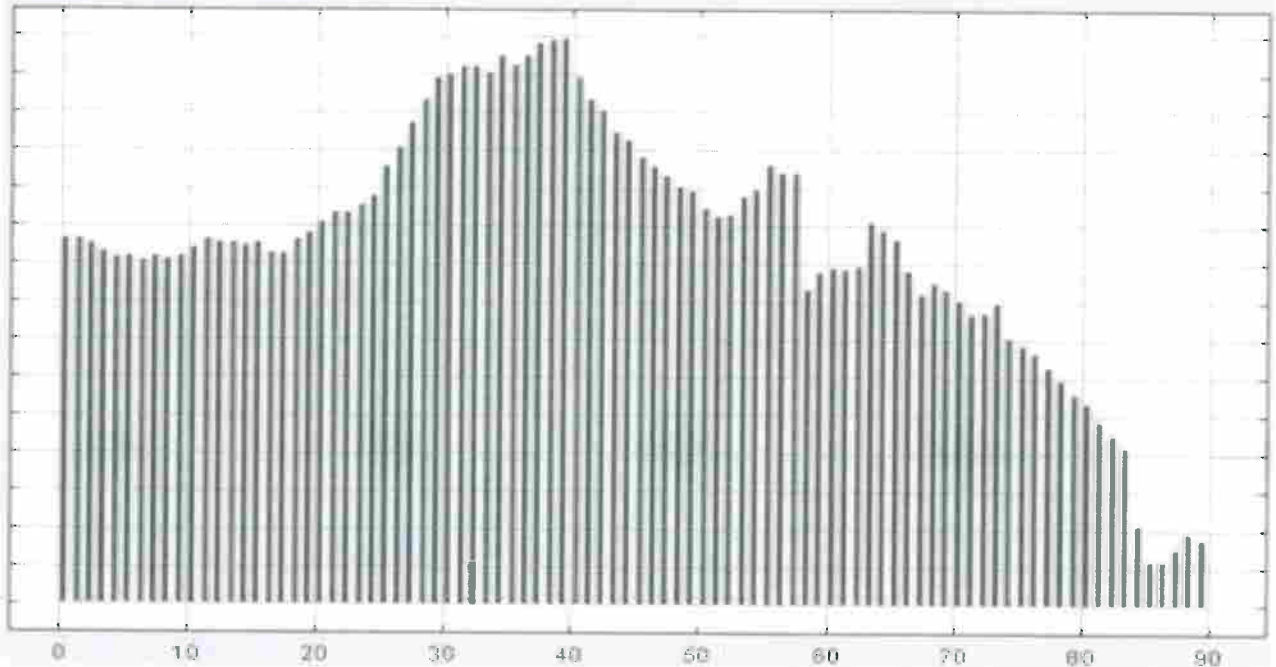
C) Le criticità

- Liste di attesa e tempi ancora troppo lunghi per ottenere un'impegnativa di residenzialità;
 - Necessaria disponibilità di più impegnative (almeno 50 oltre le 777 assegnate);
 - Necessari 4-5 posti letto dedicati alle cure palliative;
 - Necessari 1-2 posti letto dedicati alle demenze in età precoce.
 - Necessari 3-4 posti letto dedicati agli stati vegetativi
 - Casi multiproblematici fragili under 65 che non trovano risposte per crisi \ invecchiamento della rete
- La capacità di cooperazione dei soggetti politici tra loro e dei soggetti tecnici tra loro;
- Comunicare meglio tra soggetto politico e soggetto tecnico;
- Il concetto di priorità è diverso da quello di problemi emergenti;
- Definizione delle informazioni rilevanti per il processo decisionale;
- In aumento progressivo la richiesta inappropriata di inserimento, in strutture per anziani non autosufficienti, con impegnativa sanitaria, di adulti con patologie croniche (neurologiche, cardiologiche, psichiatriche, ecc.), in condizioni di disagio sociale (ex tossicodipendenti, alcolisti cronici, disabili lievi, ecc.) e in condizioni di marginalità sociale (assenza di legami parentali, extracomunitari irregolari, persone senza reddito, dimissioni protette per persone senza fissa dimora);
- Difficoltà a sostenere il sistema della domiciliarità con il concorso di tutte le risorse della comunità locale, con le associazioni di volontariato e con le altre forme di partecipazione sociale: mettere in rete tali opportunità, attraverso una sinergica azione di integrazione con i servizi erogati e attraverso la realizzazione di specifiche iniziative progettuali che implementano e completano l'offerta di servizi in risposta ai bisogni delle persone.

La piramide demografica - oggi e al 2050

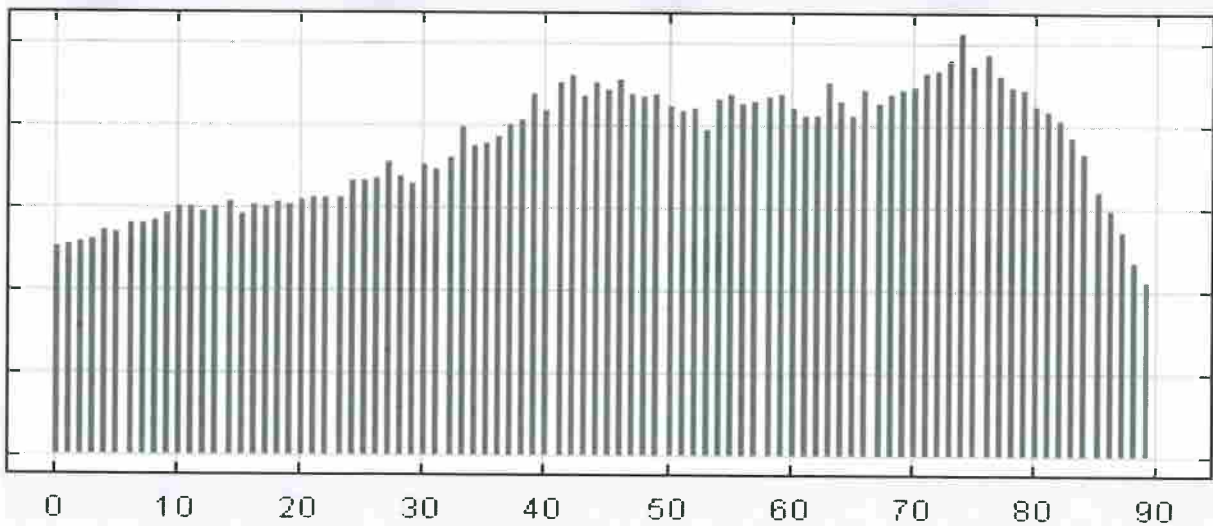
piramide demografica

Edit Special



piramide demografica

Edit Special



Permangono forti disuguaglianze sociali nella salute, in aumento tra gli anziani

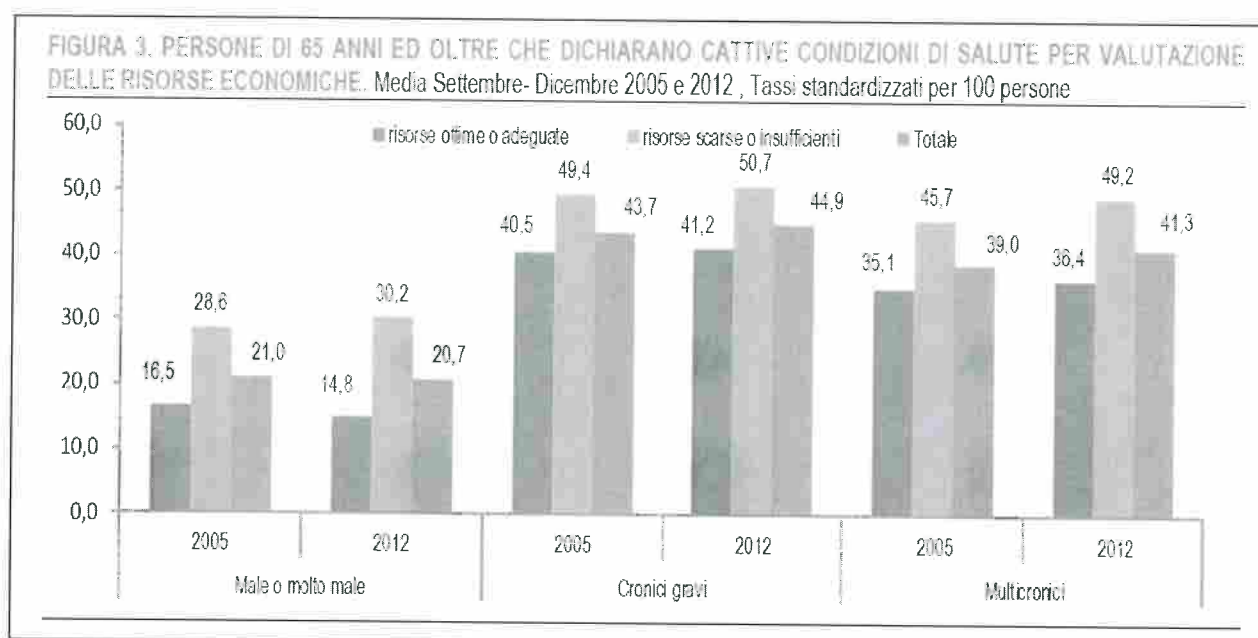
I primi dati provvisori delineano un quadro epidemiologico complessivamente stabile rispetto alle principali dimensioni della salute considerate e comunque coerente con il processo di invecchiamento della popolazione registrato dal 2005. Tuttavia, il dato medio complessivo nasconde disuguaglianze territoriali e sociali che penalizzano alcuni gruppi di popolazione.

Persiste un chiaro gradiente sociale nella distribuzione della salute: rispetto al titolo di studio, nel

2012 si conferma l'associazione tra livelli più bassi di scolarità e peggiori condizioni di salute. Complessivamente, tra le persone di 25 anni e più, si rilevano prevalenze intorno al 10% sia per la cronicità grave che per la multicronicità tra quanti hanno conseguito almeno un diploma di scuola superiore, a fronte di circa il 40% tra quanti invece hanno al massimo la licenza di scuola elementare. Anche tenendo sotto controllo l'effetto dell'età, il rischio di presenza di cronicità è quasi il doppio tra quanti hanno un basso titolo di studio.

Anche in relazione al giudizio sulle risorse economiche familiari, sia l'indicatore di salute percepita che gli indicatori di presenza di cronicità si differenziano in maniera significativa. Dichiarano di stare male o molto male l'11,1% delle persone con risorse economiche familiari scarse o insufficienti contro il 5,3% di coloro che giudicano le proprie risorse ottime o adeguate. Più contenuta, ma comunque significativa, è la differenza per chi dichiara almeno una malattia cronica grave (le percentuali sono rispettivamente pari a 16,7% e 13,7%) e per chi è multicronico (16,0% e 12,3%).

Nella popolazione anziana, rispetto al 2005, si accentua il divario tra i più abbienti e i meno abbienti (Figura 3).



Gli anziani con risorse economiche ottime o adeguate che dichiarano di stare male o molto male nel 2012 sono il 14,8%, in diminuzione rispetto al 2005 (erano il 16,5%), mentre quelli economicamente svantaggiati sono il doppio (30,2%) e in aumento rispetto al 2005 (erano il 28,6%). Anche per gli anziani multicronici i divari continuano ad aumentare: la quota tra chi ha risorse scarse o insufficienti raggiunge il 49,2% nel 2012 (era il 45,7%), mentre tra chi non riferisce problemi economici è pari al 36,4%.

RELAZIONE VALUTATIVA U.O.S. DISABILITA' ANNO 2016

L'U.O.S. Disabilità del Distretto 3 di Legnago, sulla base dell'art. 5 della L.R. n. 55/92 e dell'art. 132 della L.R. 11/2001, svolge le funzioni di programmazione, progettazione e gestione dei servizi sociali in relazione alla gestione obbligatoria di attività socio-sanitarie rivolte alle persone con disabilità, come determinate dalla normativa regionale vigente ed in coerenza con gli indirizzi espressi dalla Conferenza dei Sindaci.

L'U.O.S. Disabilità opera secondo il nuovo approccio culturale alla disabilità fondato sull'ICF basato sul modello bio-medico-sociale che considera la disabilità una "complessa interazione di condizioni personali, sociali ed ambientali, che favoriscono o riducono l'attività e la partecipazione attiva della persona nella società".

Nel corso del 2016 l'U.O.S. Disabilità ha rivisto l'organizzazione interna; la revisione della organizzazione in essere si è resa necessaria sia per garantire una migliore qualità dei servizi, sia per individuare con chiarezza il ruolo del servizio sociale professionale.

L'U.O.S. Disabilità ricomprende al suo interno cinque servizi:

- Servizio Sociale Prof.le ed Educativo Territoriale
- Servizio Sociale Prof.le per la disabilità insorta in età evolutiva
- Servizio Integrazione Scolastica e Sociale
- Servizio Inserimento Lavorativo
- Servizio di Neuropsichiatria Infantile

Gli esiti a cui mira l'Unità Operativa sono quelli di migliorare da una parte le capacità e le performance adattive delle persone riducendo la loro disabilità e dall'altra di favorire una partecipazione sociale nei diversi ambienti di vita eliminando il più possibile condizioni di restrizione e di discriminazione.

In tale ottica l' U.O.S. Disabilità ha cercato di orientare i servizi socio-sanitari e il privato sociale a sviluppare forme di sostegno alla domiciliarità e residenzialità con progetti che individuino modalità flessibili e innovative per rispondere in maniera più adeguate alle diverse esigenze delle persone con disabilità e delle loro famiglie ampliando il sistema di offerta con forme di "residenzialità leggera" e con progetti innovativi alternativi ai Centri Diurni, con particolare attenzione a forme di alternanza scuola-"lavoro".

La programmazione delle attività richiede una sinergica condivisione tra Enti, Istituzioni , privato sociale e famiglie al fine di individuare percorsi adeguati ai bisogni cronici e complessi.

Le priorità di intervento seguite

- Sostenere tutte le progettualità innovative alternative alla semiresidenzialità partendo dalla fascia adolescenziale anche attraverso i "Laboratori Abilitativi" frutto di un lungo percorso maturato all'interno delle equipe di lavoro composte dal Servizio Sociale Professionale e dal Servizio Educativo Territoriale. Adozione della Delibera del Commissario n. 340 del 30/06/2016 "Preso d'atto del Progetto "Laboratori Abilitativi" rivolto a persone disabili al fine di attivare percorsi educativi-occupazionali alternativi alla semiresidenzialità";
- Implementazione del Centro "Accavolante" – Centro Educativo per l'integrazione Scolastica e Sociale - sia come numero minori inseriti che come estensione della fascia di età e tipologia di servizi offerti;
- Sostenere progettualità innovative relative all'abitare "assistito" anche alla luce della emanazione della legge nazionale sul "dopo di noi";

- Promuovere progetti di alternanza scuola-lavoro/contesto socio-educativo attraverso il Progetto alternanza Scuola - Laboratorio "Dire e Fare";
- Sostenere progetti di sperimentazione in materia di semi residenzialità in con individuazione di 5 percorsi;
- Coordinamento degli educatori delle strutture residenziali e semiresidenziali. Il Coordinamento ha lo scopo di sviluppare competenze tra i partecipanti mettendo in rete le competenze specifiche in ognuno, di costruire omogeneità di percorsi ed identificare i punti di debolezza che trasversalmente toccano tutti e sui quali poi costruire dei percorsi formativi.

UDO – Unità di Offerta e dati 2016

Assistenza semi-residenziale e residenziale

Le strutture socio-riabilitative ed educative accolgono persone con disabilità in età post-scolare e hanno come funzioni preminenti quelle educative, riabilitative, occupazionali, assistenziali e di integrazione sociale attraverso l'elaborazione di progetti educativi e assistenziali individualizzati. Per l'anno 2016 il Numero di utenti accolti è stato invariato rispetto al 2015.

		N° utenti	Costi in euro
Centri diurni e strutture residenziali	N. utenti in strutture residenziali	98	1.302.457,10 quota sanitaria 720.031,07 quota sociale
	N. utenti presso gruppi famiglia	5	
	N. utenti in centri educativi occupazionali diurni (CEOD) dell'ULSS 21 e del Privato sociale	188	1.061.273,54 quota sanitaria 781.750,27 quota sociale (CD convenzionati)

Integrazione scolastica. SISS. Centro Accavolante.

La Giunta Regionale, con Deliberazione n. 2248 del 17/07/2007 "Modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica", ha dato alle Aziende socio sanitarie locali specifiche indicazioni operative in attuazione del regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap di cui al DPCM 23 febbraio 2006 n. 185.

L'oggetto specifico di tali disposizioni riguarda l'emissione da parte di un organismo collegiale, individuato nella U.V.M.D., di un atto certificativo, emesso su base documentale, della condizione di handicap di alunni frequentanti la scuola primaria, secondaria di primo grado e secondaria di secondo grado.

Tale certificazione costituisce "la porta di ingresso al sostegno dell'alunno disabile".

Il SISS (Servizio di integrazione scolastica e sociale) è un servizio che organizza da un lato l'attività di operatori assistenti sociali, educatori professionali rivolta all'accompagnamento delle famiglie con bambini/ragazzi con disabilità 0 – 18 anni e all'individuazione con la famiglia di un progetto individualizzato che sostenga il loro figlio nel percorso di vita, dall'altro l'attività di assistenza che viene garantita presso la scuola da parte di personale OSS per i soggetti con disabilità che si trovano in situazione di non autosufficienza. Le risorse principalmente impiegate in tale servizio sono operatori socio-sanitari.

Centro Accavolante: E' un centro educativo per l'integrazione scolastica e sociale rivolto a minori con grave e gravissima disabilità in età compresa tra i 5 e 18 anni. E' una forma di assistenza scolastica "potenziata" in quanto i bambini /ragazzi frequentano la loro scuola di appartenenza ed attraverso un progetto educativo - assistenziale

modulato tra scuola e centro vengono rafforzate alcune abilità e autonomie personali e diminuiti i comportamenti problematici in modo da permettere - nel medio e lungo termine - una frequenza scolastica più adeguata e partecipata della persona.

La maggior parte delle risorse riguarda il personale operatore socio-sanitario (OSS) adeguatamente formato che svolge attività sia presso il centro che presso la scuola garantendo la continuità del modello di intervento di tipo cognitivo-comportamentale.

		N° utenti	Costi in euro
Servizio Integrazione Scolastica Sociale	Servizio Integrazione Scolastica Sociale	113	464.080,03
	Minori on handicap grave seguiti nei centri estivi	46	
	Centro Educativo per l'Integrazione Scolastica e Sociale per minori con disabilità grave e gravissima	25	
UVMD	Individuazione alunno con handicap ai fini scolastici	173	
UMD	Equipe pluri-professionali integrate socio-sanitarie operatori U.O.S. Disabilità-U.S.D IAF-U.O.C .RRF	36	

Neuropsichiatria Infantile

Il Servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI) è rivolto alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza fino alla maggiore età. La competenza si esprime in una presa in carico complessiva e longitudinale che comprende sia le prestazioni diagnostiche mediche, che l'attuazione, il supporto e il monitoraggio di interventi terapeutici e riabilitativi riguardanti le suddette patologie.

Le attività dell'U.O. NPI si possono declinare nel seguente modo:

- a. Valutazione diagnostica medica NPI in ambito ambulatoriale
- b. Consulenza NPI (presso U.O.C di Pediatria, Psichiatria, Neurologia, Rieducazione Funzionale...)
- c. Presa in carico clinica dei bambini/adolescenti con patologia NPI
- d. Partecipazione alle Unità Multidisciplinari (UMD) Territoriali per una condivisione e presa in carico integrata dell'utenza con gli operatori dell'U.O.C. IAF e dell'U.O.C. Riabilitazione Rieducazione e Funzionale.
- e. Partecipazione collegiale alle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) finalizzate all'individuazione dell'alunno in situazione di handicap ai sensi del DPCM n.185 del 23 febbraio 2006 (valido ai sensi della L. 104/92 e ai fini della attuazione della L. 517/77) e alle UVMD volte alla continuità della progettualità assistenziale Età evolutiva / età adulta.
- f. Partecipazione alle UVMD per assegnazione ore OSS per i bambini affetti da gravi disabilità in possesso dell'invalidità.

Tendenze emergenti:

- incremento delle emergenze/urgenze psichiatriche in età adolescenziale e pre-adolescenziale (disturbi d'ansia con attacchi di panico e alterazioni del tono dell'umore, condotte autolesionistiche, disturbi del comportamento dirompente, fobia scolare);
- aumento delle richieste di consulenze scolastiche "urgenti" per bambini certificati con disturbo del comportamento per problematiche quali impulsività, aggressività, fughe dal contesto scolastico.

Progetti attuati: implementazione della procedura "Gestione dell'urgenza psichiatrica dei pazienti in età evolutiva" approvata il 31.12.2015 e condivisa tra il servizio di Neuropsichiatria Infantile, il servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura per adulti (SPDC), la U.O.C di Pediatria. La prassi operativa condivisa nel protocollo (dall'arrivo in Pronto Soccorso del paziente con sintomatologia psichiatrica acuta alla gestione del ricovero e della dimissione) è stata attuata nel corso del 2016; sono stati espletati ricoveri prevalentemente presso la U.O.C di Pediatria, limitando, come auspicato nel protocollo, il ricovero presso il SPDC ai pazienti non gestibili in pediatria.

Il suddetto protocollo operativo è stato condiviso con i Pediatri di Libera Scelta in un incontro di formazione organizzato dalla U.O.C di Pediatria.

		N° prestazioni
Servizio Neuropsichiatria Infantile	Visita Neuropsichiatrica Infantile di controllo	664 (a CUP)
	Prima Visita Neuropsichiatrica Infantile	333 (a CUP)
	Somministrazione e interpretazione test (personalità, abilità visuo spaziali)	10
	Visita Neuropsichiatrica Infantile per pazienti ricoverati (consulenze interni)	160

Progetti sperimentali in materia di semiresidenzialità (D.G.R.V. n. 739/2015)

In riferimento alla D.G.R.V. n. 739/2015 "Progetti di sperimentazione in materia di semiresidenzialità per persone con disabilità" sono stati finanziati i seguenti progetti:

1. "Work in Progress" gestito dalla Cooperativa Don Angelo Rigetti in collaborazione con la Fondazione Madonna di Lourdes
2. "Talent Farm" gestito dall' APS e ASD Amici della Vecchia Fattoria
3. "Fondazione in rete" gestito dalla Fondazione Madonna do Lourdes
4. "Progetto d'integrazione socio lavorativa sperimentale per le persone con disabilità" gestito dalla Cooperativa "Il Calabrone"
5. "Reti di inclusione sociale" gestito dalla Fondazione più di un Sogno.

Progetti sperimentali	Progetti sperimentali alternativi alla semiresidenzialità	15
------------------------------	---	----

Servizio Integrazione Lavorativa

Il SIL è un servizio unico distrettuale all'interno dell'U.O.S. Disabilità che agisce in modo trasversale e in stretto collegamento con le altre unità operative e i dipartimenti, che richiedono percorsi di integrazione lavorativa.

Gli operatori del SIL sono educatori-professionali che operano in equipe con il servizio che ha la presa in carico del soggetto segnalato, attivando percorsi di integrazione lavorativa e promuovendo le risorse del territorio in funzione di un progetto personalizzato. Il SIL ha lo scopo di promuovere e sostenere l'integrazione lavorativa delle persone disabili e/o svantaggiate, attraverso interventi di osservazione-valutazione, di formazione, di collocamento, di mantenimento del posto di lavoro, d'integrazione sociale in ambiente lavorativo, di alternanza struttura protetta e inserimento sociale in contesto lavorativo e di continuità tra la formazione scolastica e il lavoro.

Priorità organizzative del 2016:

- avvio nuovo programma gestionale (registrazione dei progetti, scansione documentazione, inserimento prestazioni giornaliere, registrazione dati sanitari, rimborsi mensili con procedura condivisa con il Servizio Contabilità e bilancio);
- in seguito alla pubblicazione della D.G.R.V. n. 1406 del 09/09/2016 "Disposizioni in materia di tirocini di inclusione sociale, ai sensi dell'accordo Conferenza Stato Regioni e Province autonome del 22 gennaio 2015 Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale", e del Decreto n. 346 del 12/12/2016 da parte della Direzione Lavoro con cui sono stati approvati i modelli di convenzione e del progetto personalizzato per l'avvio dei Tirocini di Inclusione sociale, è stata rivista la procedura di avvio dei percorsi di inserimento sociale in contesto lavorativo. La nuova procedura prevede tra l'altro la convocazione dell'UVMD e in particolare i casi in carico all'U.O.S. Disabilità vengono valutati con la scheda SVAMD1 che prevede la compilazione della sezione "Attività e Partecipazione" da parte dell'educatore del SIL.

Priorità di intervento per gli utenti:

- Percorsi di integrazione sociale in contesto lavorativo finalizzati al mantenimento delle abilità sociali ed occupazionali. Usufruiscono di queste progettualità persone che non sono collocabili da un punto di vista lavorativo, ma nelle quali permangono abilità relazionali e di autonomia sufficienti per essere inseriti in tali ambienti. Le persone che entrano in questi progetti sono in continuo aumento per vari motivi: perdita del posto di lavoro, aggravamento psico-fisico della persona, richieste di percorsi sperimentali di uscita dalle strutture diurne e residenziali. Questo progetto permette alla persona di vivere nel suo contesto di vita con un ruolo sociale attivo evitando l'inserimento in strutture protette con relativo costo.
- *Corso sicurezza nei luoghi di lavoro (Testo Unico D.Lgs n. 81/2008)* Formare una persona significa dargli la possibilità di apprendere nuovi contenuti finalizzati a migliorare il suo "stare" nel luogo di lavoro. Nel 2016 sono stati organizzati, per le diverse tipologie d'utenza, 6 moduli formativi di 4 ore ciascuno, sulla sicurezza nei luoghi di lavoro "orso generico" e 2 moduli per il corso basso rischio (Testo Unico D.Lgs n. 81/2008). I corsi sono stati realizzati tra gennaio/novembre 2016 e sono stati formati più di 100 utenti.

Progetti a finanziamento attuati nell'anno 2016:

1) *Ridare Fiducia Percorso di inclusione sociale e lavorativa*

Il Comune di Oppeano e l'Azienda Ulss 21 di Legnago hanno sperimentato un percorso di inclusione sociale e lavorativa per persone svantaggiate residenti nel territorio Oppeanese. Sono stati coinvolti i Centri Per l'Impiego, le imprese del territorio, le associazioni di volontariato e l'Agenzia Umana (in convenzione col Comune per gestione domande di lavoro dei cittadini residenti dal settembre 2013).

Obiettivo del progetto era di sperimentare un modello di accompagnamento al lavoro per soggetti "deboli", introducendo modalità di welfare to work. A tal fine sono stati messi in atto le seguenti azioni in collaborazione tra Servizi Sociali del Comune, Servizio integrazione Lavorativa dell'ULSS 21, Agenzia Umana:

- valutare la situazione personale e familiare di ciascuna persona a cui è rivolto il progetto;
- attuare dei colloqui individuali di orientamento e consulenza per ipotizzare e condividere, con le persone interessate, le potenzialità e le condizioni per il reinserimento lavorativo;
- ricerca dei luoghi di inserimento (aziende, imprese no-profit, enti pubblici);
- offrire ad ogni persona un livello di supporto per il reinserimento lavorativo adeguato alle loro necessità, utilizzando tutta la gamma degli interventi e strumenti a disposizione sul territorio;
- avviare percorsi di inserimento e/o reinserimento lavorativo tramite strumenti individuati dall'ULSS, atti a garantire il sostegno psicologico ed economico della persona tramite la sua permanenza nel circuito lavorativo;
- attuare e monitorare le azioni previste.

2) "Servizi a sostegno dell'occupazione. Il modello di workfare della Provincia di Verona". Recepimento dell'accordo di partnership tra l'Azienda ULSS 21 e la Provincia di Verona.

Le attività svolte sono state:

- accompagnamento, ricerca attiva di lavoro e counselling: mediante l'analisi di competenze e attitudini dell'utente, unitamente ad una conoscenza del suo stato invalidante e del contesto familiare e sociale nel quale l'utente si trova inserito;
- attivazione di 2 tipi di tirocinio: a) tirocinio non a sbocco occupazionale: si tratta di un percorso per gli utenti con necessità di un percorso di inserimento lavorativo graduale e di maggiore durata. b) tirocinio a sbocco occupazionale: si tratta di un percorso successivo al precedente o anche alternativo ad esso, secondo la necessità rilevata nell'utente;
- Monitoraggio dell'intervento: al fine di verificare la tenuta dell'inserimento, per prevenire l'insorgenza di fattori di rischio nel mantenimento del posto di lavoro. Durata 6 mesi successivi;
- Incentivi all'assunzione allo scopo di favorire l'inserimento lavorativo degli utenti svantaggiati disabili.

Le tendenze emergenti e/o i fenomeni significativi emersi.

La situazione economica generale ha registrato una forte recessione: crisi finanziaria, riduzione della domanda di consumi, diminuzione e rallentamento della produzione industriale e delle attività economiche in generale, cessazione di attività produttive, con conseguente flessione dell'occupazione. Per le persone svantaggiate (disabili, soggetti con problemi di dipendenza o con patologie psichiatriche, minori in dispersione scolastica), le difficoltà per mantenersi o ricollocarsi all'interno del mercato del lavoro sono amplificate in caso di perdita del lavoro. La perdita del lavoro inoltre ha ripercussioni anche gravi a livello psicologico e sociale, sotto il profilo sia personale che familiare. Le inedite situazioni di disagio che si stanno manifestando sul territorio hanno bisogno di essere affrontate attraverso strumenti nuovi che sappiano valorizzare al meglio quanto già esiste in ambito di politiche attive del lavoro, tentando di applicare strumenti di mediazione straordinari e per certi versi sperimentali ed innovativi.

E' indispensabile il coinvolgimento attivo delle Amministrazioni Locali, mettendo insieme a livello operativo un contributo concreto di intervento per attivare percorsi di superamento delle situazioni di difficoltà e di disagio sociale, legate alle esigenze di ricollocazione di persone svantaggiate, espulse o sospese dal mercato del lavoro, attraverso l'avvio di percorsi di inserimento e reinserimento lavorativo, per sostenere psicologicamente ed economicamente le stesse e la loro permanenza temporanea nel circuito lavorativo (Legge n 328/2000).

Servizio Integrazione Lavorativa dati 2016												
	Disabilità fisica - intellettuale		Psichica		Dipendenze		Minori Tutela		Minori Età evolutiva		Progetto Ridare fiducia	
	N° sogg	progetti	N° sogg	progetti	N° sogg	progetti	N° sogg	progetti	N° sogg	progetti	N° sogg	progetti
Tirocini Formativi (Dgrv 1423/12)	18	20	12	15	15	15	6	6			6	6
Inserimenti Sociali Dgrv (3787/02)	172	209	55	55	18	18			5	5		
Monitoraggio assunzioni *	24	24	2	2	1							
assunzioni	10		3		1							
consulenze	70				2							
TOT	284	253	69	72	36	33	6	6	5	5	6	8
N° soggetti seguiti 406; N° tirocini formativi 64; N° assunzioni 14; Inserimenti sociali N° 287												

* persone assunte negli anni precedenti che richiedono interventi di supporto

Servizio Sociale Professionale ed Educativo Territoriale

Il Servizio si pone come obiettivo quello di garantire l'orientamento e l'accompagnamento dei cittadini con disabilità e/o le loro famiglie all'utilizzo dei servizi e degli inserimenti sociali e socio-sanitari attraverso la definizione del progetto individuale garantendo l'accesso alla rete dei servizi per la domiciliarità e la residenzialità.

Tra gli interventi del Servizio Sociale professionale, sono state applicate le indicazioni regionali relative alle Impegnative di Cura Domiciliari.

		utenti	euro
Servizio Sociale professionale	Serv. sociale professionale - utenti in carico	1243	
	ICD F (ex Progetti vita indipendente)	28	215.587,00
	ICD P (ex Progetti di aiuto personale)	56	343.047,00
	ICD A (alto bisogno assistenziale)	21	152.200,00
	ICD B (basso bisogno assistenziale)	231	274.920,00 (sogg < 65 anni)
	ICD M (alto bisogno assistenziale)	6	26.000,00
	Progetti sollievo e sollievo prolungato	25	
	Progetti a sostegno dei pazienti con SLA	1	

Laboratori abilitativi

I Laboratori di abilitazione socio-educativa sono rivolti a persone adulte con disabilità intellettiva di grado lieve e medio, acquisita o a disabilità di natura comportamentale.

L'obiettivo di tale servizio è la promozione e lo sviluppo delle capacità adattive cioè dell'insieme di abilità concettuali, sociali e pratiche necessarie per il funzionamento nella vita quotidiana e la realizzazione di percorsi gradualmente verso l'inclusione e la partecipazione sociale, che saranno attivati dal Servizio Educativo territoriale.

Il Servizio Educativo Territoriale e i Laboratori Abilitativi hanno collaborato con le scuole medie superiori del territorio, per l'avvio, il monitoraggio e la verifica dei progetti di "alternanza scuola-lavoro - contesto protetto" rivolti a ragazzi disabili frequentanti gli ultimi due anni di scuola. Ha inoltre realizzato il monitoraggio degli inserimenti dei bambini/ragazzi disabili presso i Centri Estivi del territorio. Da evidenziare le proposte formative periodiche:

- *Corso di educazione stradale* presso l'Autoscuola Signoretto a Bovolone.
- *Progetto "Laboratorio creativo"* con l'Istituto Comprensivo di Bovolone presso la scuola.
- *Aspetti giuridici e normativi in riferimento alla disabilità* presso auditorium della biblioteca di Bovolone. Progetto rivolto ai familiari.

Si è mantenuta la collaborazione con il SIL, per il monitoraggio dei progetti di inserimento socio lavorativo "Progetto Integra" destinato ai ragazzi con medio-lieve disabilità che frequentano gli ultimi anni delle scuole medie superiori.

È continuata l'esperienza del "Comunichiamo insieme" che si realizza attraverso incontri di auto mutuo aiuto rivolto a giovani adulti con disabilità presso i Punti Sanità di Bovolone, Nogara e Zevio.

R.O.T.

L'attività di R.O.T. è stata mantenuta a favore dei malati di Alzheimer in tutti i Punti Sanità, coordinata e gestita dal Servizio Educativo Territoriale. È un'attività di orientamento e di mantenimento delle funzioni cognitive e mnestiche e di autonomia per le persone affette da Alzheimer.

Servizio Educativo Territoriale – utenti in carico	N. utenti per attività di R.O.T. (terapia e orientamento alla realtà) per malati di Alzheimer	18
	N. utenti inseriti in Laboratori abilitativi/riabilitativi	46
	Servizio Educativo Territoriale – utenti in carico	170



DIPARTIMENTO DIPENDENZE
SERD LEGNAGO

AREA DIPENDENZE RELAZIONE VALUTATIVA PIANO DI ZONA 2016

1- Le priorità di intervento seguite

- Prevenzione universale e selettiva dei comportamenti a rischio rivolta sia ai giovani che agli adulti in ambito scolastico e territoriale.
- Presa in carico con predisposizione di un programma terapeutico riabilitativo di persone con problemi di dipendenza da sostanze, farmaci, alcol, tabacco dal punto di vista sanitario, psicologico e sociale.
- Presa in carico con predisposizione di un programma terapeutico riabilitativo di persone con problemi di gioco d'azzardo patologico e loro familiari.
- Prevenzione dell'infezione da HIV e delle altre principali complicanze infettive.
- Reinserimento lavorativo e sociale di persone in programma terapeutico riabilitativo.
- Prevenzione degli incidenti stradali legati alla guida sotto effetto di sostanze stupefacenti o alcool.

2- Tendenze emergenti:

- Sempre più presente il problema di persone con lunga storia di dipendenza e crescenti aspetti di complessità e gravità sia sanitaria che sociale (condizioni di salute precarie, cronicità, assenza di risorse).
- In aumento il numero di pazienti che presentano aspetti di comorbidità psichiatrica e che hanno richiesto interventi integrati fra dipartimento dipendenze e dipartimento di salute mentale.
- Abuso sempre più precoce e importante di alcolici da parte di persone molto giovani con modalità "binge drinking" (bere compulsivo).
- Persone e loro familiari che si rivolgono ai servizi per problemi legati al Gioco d'Azzardo Patologico.
- In continuo aumento l'attività di certificazione per persone con guida sotto effetto di alcol o sostanze stupefacenti su invio della CMLP di Verona.
- persone straniere che si rivolgono al servizio con necessità di mediazione linguistico-culturale.

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it



3 - dati epidemiologici

Utenti

Nel 2016 il Dipartimento ha seguito 1026 persone, con un aumento del 3.2% rispetto al 2015 (993 utenti), delle quali 434 tossicodipendenti 367 alcolisti, 157 tabagisti e 68 Giocatori patologici.

Il rapporto Maschi / Femmine è di 7.5 a 1 fra i tossicodipendenti, 6.8 a 1 fra gli alcolisti, 1.8 a 1 fra i tabagisti e 3.8 a 1 fra i giocatori.

Gli utenti presi in carico per la prima volta sono stati 313 (79 TD, 135 Alcolisti, 69 Tabagisti e 30 Giocatori patologici).

DIPARTIMENTO 2016	M	F	TOT	DI CUI NUOVI		
				M	F	TOT
Tossicodipendenti	383	51	434	68	11	79
Alcolisti	320	47	367	120	15	135
Tabagisti	102	55	157	42	27	69
Giocatori patologici*	54	14	68	21	9	30
Totale utenti 2016	859	167	1026	251	62	313

N. UTENTI PRESI IN CARICO NELLE DUE SEDI NEL 2016 (10 pazienti tossicod. e 8 alcolisti sono stati presi in carico in entrambe le sedi)						
LEGNAGO	M	F	TOT	M	F	TOT
Tossicodipendenti	249	33	282	54	8	62
Alcolisti	176	34	210	76	12	88
GAP*	54	14	68	21	9	30
totale utenti in carico a Legnago	479	81	600	151	29	180
ZEVIO						
Toss	144	18	162	16	4	20
Alcol	151	14	165	47	3	50
Tabagisti	102	55	157	42	27	69
totale utenti in carico a Zevio	397	87	484	105	34	139
TOTALE DIPARTIMENTO 2016	876	168	1044	256	63	319

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it


Nazionalità straniera

E' significativo e in forte aumento il n° di utenti di origine straniera: 87 (69 nel 2015, più 26%) pari al 8.48 % del totale, soprattutto tra gli alcolisti. Prevale la cittadinanza marocchina seguita da quella indiana e rumena. La provenienza riguarda 21 paesi (16 nel 2015) con prevalenza di quelli extra europei.

Cittadinanza	Tossicodipendenti			Alcoldipendenti			Giocatori Azzardo Patologico			TOTALI DIPARTIMENTO			
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	%
Albania	2	0	2	1	0	1	2	0	2	5	0	5	5,7%
Algeria	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1,1%
Argentina	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1,1%
Bosnia-Erzegovina	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1,1%
Brasile	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1,1%
Bulgaria	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1,1%
Georgia	5	0	5	0	0	0	0	0	0	5	0	5	5,7%
India	9	0	9	3	0	3	0	0	0	12	0	12	13,8%
Marocco	13	0	13	10	0	10	3	0	3	26	0	26	29,9%
Moldavia	1	2	3	0	1	1	0	0	0	1	3	4	4,6%
Polonia	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1,1%
Romania	1	0	1	12	1	13	2	0	2	15	1	16	18,4%
Russia	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1,1%
Serbia	1	0	1	2	0	2	0	0	0	3	0	3	3,4%
Spagna	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1,1%
Slovacchia	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1,1%
Slovenia	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1,1%
Sri Lanka	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1,1%
Ucraina	1	1	2	1	0	1	0	0	0	2	1	3	3,4%
Ungheria	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1,1%
Venezuela	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1,1%
Totale	38	5	43	33	4	37	7	0	7	78	9	87	100,0%

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it


Età:

L'età delle persone che si rivolgono alle due sedi del Dipartimento per tutte le tipologie di **dipendenza**, è "spalmata" in modo piuttosto omogeneo su tutte le fasce d'età con prevalenza di quelle tra i 25 e i 50 anni. Fra i tossicodipendenti 18 sono sotto i 20 anni. Per gli alcolisti quasi l'80% ha più di 40 anni e la fascia più rappresentata è quella degli over 59 (21.3%).

Molto simile a quella degli alcolisti è la situazione per quanto riguarda i fumatori: 78% circa ha 40 anni o più.

Le fasce di età più rappresentate fra i giocatori sono quelle fra i 40 e i 50.

I minori presi in carico sono stati 14, tutti con problemi di sostanze.

TOSSICODIPENDENTI				
Fasce età	M	F	tot	%
< 15	0	0	0	0,0%
15 - 19	16	2	18	0,9%
20 - 24	26	6	32	7,4%
25 - 29	52	10	62	14,3%
30 - 34	53	9	62	14,3%
35 - 39	64	10	74	17,1%
40 - 44	38	4	42	9,7%
45 - 49	65	5	70	16,1%
50 - 54	46	5	51	11,8%
55 - 59	17	0	17	3,9%
> 59	6	0	6	1,4%
Tot.	383	51	434	100,0%

ALCOLISTI				
Fasce età	M	F	TOT	%
< 15	0	0	0	0,0%
15 - 19	0	0	0	0,0%
20 - 24	8	1	9	2,5%
25 - 29	12	4	16	4,4%
30 - 34	14	1	15	4,1%
35 - 39	35	6	41	11,2%
40 - 44	47	8	55	15,0%
45 - 49	50	9	59	16,1%
50 - 54	45	4	49	13,4%
55 - 59	39	6	45	12,3%
> 59	70	8	78	21,3%
Tot.	320	47	367	100,0%

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it



Fasce d'età TABAGISTI				
Fasce d'età	M	F	TOT	%
< 15	0	0	0	0,0%
15 - 19	0	1	1	0,6%
20 - 24	0	1	1	0,6%
25 - 29	3	1	4	2,5%
30 - 34	5	4	9	5,7%
35 - 39	13	4	17	10,8%
40 - 44	10	8	18	11,5%
45 - 49	13	5	18	11,5%
50 - 54	20	10	30	19,1%
55 - 59	15	11	26	16,6%
> 59	23	10	33	21,0%
Tot.	102	55	157	100,0%

GIOCATORI AZZARDO PATOLOGICO				
Fasce d'età	M	F	TOT	%
< 15	0	0	0	0,0%
15 - 19	0	0	0	0,0%
20 - 24	5	1	6	8,8%
25 - 29	4	1	5	7,4%
30 - 34	4	0	4	5,9%
35 - 39	3	3	6	8,8%
40 - 44	12	1	13	19,1%
45 - 49	8	3	11	16,2%
50 - 54	7	2	9	13,2%
55 - 59	0	0	0	0,0%
> 59	11	3	14	20,6%
Tot.	54	14	68	100,0%

FASCE ETA' ETA' TUTTE LE TIPOLOGIE				
Fasce d'età	M	F	totale	%
< 15	0	0	0	0,0%
15 - 19	16	3	19	1,9%
20 - 24	39	9	48	4,7%
25 - 29	71	16	87	8,5%
30 - 34	76	14	90	8,8%
35 - 39	115	23	138	13,5%
40 - 44	107	21	128	12,5%
45 - 49	136	22	158	15,4%
50 - 54	118	21	139	13,5%
55 - 59	71	17	88	8,6%
> 59	110	21	131	12,8%
Tot.	859	167	1026	100,0%

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

Residenza

La distribuzione degli utenti rimane abbastanza omogenea e tutti i comuni del territorio dell'ULSS 21 sono rappresentati. Il tasso di prevalenza medio è di (5,33) utenti per 1000 residenti.

Le realtà che, in proporzione al numero di abitanti, forniscono il maggior numero di utenti sono nell'ordine: Palù (8.72), Nogara (7.05), Zevio (6.44), Casaleone (5.73) e Bovolone (5.70).

Nella tabella seguente sono rappresentati gli utenti distinti per tipologia, residenza, sesso, e nuovi nell'anno.

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it



ANNO 2016 - UTENTI DISTINTI PER RESIDENZA, MASCHI FEMMINE, UNITA' OPERATIVA, NUOVI DELL'ANNO		TOSSICODIPENDENTI					ALCOLISTI					TABAGISTI					GAMBLING					tot. Utenti	tasso sul totale utenti
comune residenza	residenti	M	F	TOT	di cui nuovi	tasso*	M	F	TOT	di cui nuovi	tasso*	M	F	TOT	di cui nuovi	tasso*	M	F	TOT	di cui nuovi	tasso*		
ANGIARI	2201	0	1	1	0	0,5	4	1	5	4	2,3	1	0	1	0	0,5	1	0	1	1	0,5	8	3,63
BEVILACQUA	1803	4	0	4	1	2,2	1	0	1	1	0,6	0	0	0	0	0,0	1	0	1		0,6	6	3,33
BONAVIGO	2034	4	1	5	1	2,5	1	1	2	0	1,0	0	1	1	1	0,5	1	0	1		0,5	9	4,42
BOSCHI SANTANNA	1451	2	1	3	3	2,1	0	1	1	0	0,7	0	0	0	0	0,0	0	0	0		0,0	4	2,76
BOVOLONE	15965	39	5	44	7	2,8	24	0	24	9	1,5	16	4	20	7	1,3	3	0	3		0,2	91	5,70
CASALEONE	5935	13	3	16	3	2,7	13	0	13	5	2,2	1	1	2	2	0,3	2	1	3	1	0,5	34	5,73
CASTAGNARO	3842	9	1	10	0	2,6	5	1	6	3	1,6	0	1	1	1	0,3	0	0	0	2	0,0	17	4,42
CEREA	16394	24	5	29	2	1,8	34	7	41	18	2,5	4	4	8	1	0,5	4	1	5		0,3	83	5,06
CONCAMARISE	1067	3	0	3	0	2,8	1	0	1	0	0,9	0	0	0	0	0,0	0	0	0	1	0,0	4	3,75
GAZZO VERONESE	5488	8	2	10	1	1,8	10	1	11	2	2,0	2	3	5	4	0,9	1	0	1		0,2	27	4,92
ISOLA RIZZA	3312	2	0	2	0	0,6	2	0	2	0	0,6	1	0	1	0	0,3	0	0	0		0,0	5	1,51
LEGNAGO	25316	73	8	81	12	3,2	45	16	61	19	2,4	8	5	13	5	0,5	6	2	8	3	0,3	163	6,44
MINERBE	4645	13	1	14	2	3,0	4	1	5	2	1,1	1	1	2	1	0,4	2	0	2	1	0,4	23	4,95
NOGARA	8654	28	4	32	8	3,7	18	2	20	8	2,3	1	4	5	4	0,6	2	2	4	4	0,5	61	7,05
OPPEANO	9782	15	3	18	0	1,8	19	1	20	5	2,0	4	4	8	2	0,8	3	2	5	2	0,5	51	5,21
PALU'	1261	1	0	1	0	0,8	6	0	6	0	4,8	1	1	2	0	1,6	2	0	2	1	1,6	11	8,72
RONCO ALL'ADIGE	6157	13	1	14	0	2,3	9	1	10	0	1,6	2	2	4	1	0,6	3	0	3	2	0,5	31	5,03
ROVERCHIARA	2741	9	0	9	1	3,3	4	1	5	4	1,8	0	0	0	0	0,0	1	0	1		0,4	15	5,47
SALIZOLE	3789	5	0	5	0	1,3	7	0	7	2	1,8	3	0	3	2	0,8	1	0	1	1	0,3	16	4,22
SANGUINETTO S.P. DI MORUBIO	4149	4	1	5	1	1,2	3	4	7	4	1,7	0	1	1	0	0,2	3	0	3	5	0,7	16	3,86
SORGA'	3141	4	0	4	3	1,3	5	0	5	2	1,6	2	0	2	0	0,6	1	0	1		0,3	12	3,82
TERRAZZO	2245	7	0	7	0	3,1	1	0	1	0	0,4	1	1	2	1	0,9	0	0	0		0,0	10	4,45
VILLA BARTOLOMEA	5925	9	1	10	3	1,7	10	1	11	6	1,9	1	0	1	1	0,2	5	1	6	1	1,0	28	4,73
ZEVIO	14950	21	3	24	6	1,6	30	6	36	11	2,4	19	6	25	10	1,7	5	1	6	5	0,4	91	6,09
TOTALE ULSS 21	155298	313	41	354	54	2,3	259	45	304	105	2,0	71	40	111	44	0,7	48	10	58	30	0,4	827	5,33
fuori ULSS		70	10	80	25		61	2	63	30		30	16	46	25		6	4	10	4		199	
TOTALI		383	51	434	79		320	47	367	135		101	56	157	69		54	14	68	34		1026	

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

 Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

 Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it



4 -Principali criticità riscontrate

A fronte dell'aumento dei carichi di lavoro e alle tendenze emergenti su esposte si confermano le principali criticità segnalate negli anni precedenti, in particolare il fatto che il personale dei servizi risulta ancora carente per quanto riguarda le figure del medico (3 medici presenti fra le due sedi, e dello psicologo (nessun psicologo strutturato nel 2016).

5-UDO (unità di offerta)

Tutte le attività riguardanti l'ambito della cura e della prevenzione delle dipendenze nel territorio dell' AULSS 21 sono coordinate all'interno del Dipartimento per le Dipendenze, che con la sua componente "funzionale" coordina e facilita l'integrazione intra ed extra-aziendale delle diverse unità operative e servizi dell'Azienda ULSS 21, nonché dei servizi appartenenti ad altri Enti o Istituzioni pubbliche, del privato-sociale e del volontariato, che concorrono al perseguimento di obiettivi comuni in quest'area ad elevata integrazione socio-sanitaria.

Le Unità di Offerta che operano nell'AULSS 21 sono:

1 U.O.C. SERD, suddivisa in due sedi di lavoro a Legnago e Zevio sotto un'unica direzione con sede a Legnago.

Legnago è competente per i Comuni di Angiari, Bevilacqua, Bonavigo, Boschi S. Anna, Casaleone, Castagnaro, Cerea, Gazzo Veronese, Legnago, Minerbe, Nogara, Roverchiara, Sanguinetto, Sorgà, Terrazzo, Villabartolomea

Zevio è competente per i Comuni di Bovolone, Concemarise, Isola Rizza, Oppeano, Palù, Ronco all'Adige, Salizzole, San Pietro di Morubio, Zevio

2 U.O. Dipartimentale CTD (Comunità Terapeutica Diurna) "**L'Argine**" che offre un servizio di tipo semiresidenziale a utenti di tutto il territorio dell'ULSS 21 inviati dal SERD sia in regime di libertà che in alternativa alla carcerazione.

Per i programmi residenziali i SERD si avvalgono della rete di Comunità Terapeutiche convenzionate presenti nel territorio Veneto.

Quali comportano maggiori spese

A parte i costi di gestione delle 2 UDO (SERD) le altre principali voci di spesa nel 2016 sono state: inserimenti in Comunità terapeutiche private: 421.474 euro
servizio fornito dalla Cooperativa esterna per il personale della CTD: 216.000 euro

Quali cambiamenti sono stati promossi nell'anno

Nel 2016 si è completato il processo di integrazione fra le due sedi del SERD, Legnago e Zevio, a seguito dell'unificazione delle 2 unità operative complesse precedentemente, avvenuta nel 2015.

Nel 2016 si è consolidata l'attività del progetto GAP, per il trattamento delle persone con problemi di Gioco d'Azzardo Problematico e i loro familiari, effettuata da operatori di entrambi i SERD e coordinata dallo psicologo responsabile della CTD L' Argine. L'attività è svolta sia attraverso colloqui individuali nei confronti degli interessati e dei loro familiari che tramite terapia di gruppo.

Nell'ultima parte dell'anno si è avviato il confronto con gli altri due Dipartimenti Dipendenze della Provincia in vista della confluenza in un'unica ULSS e della conseguente riorganizzazione dei servizi e revisione delle procedure.

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it


- ICP (insieme complesso di prestazioni)

Sono proseguite nel 2016 le attività in collaborazione con le cinque associazioni del privato sociale con cui sono in atto specifiche convenzioni. Esse hanno permesso di ampliare lo spettro di attività sia in ambito assistenziale che preventivo:

Energie Sociali per i progetti di prevenzione Giochi Puliti e Safe Night

ACAT e AA per interventi in campo alcolico

Associazione Genitori A.G.A.T.A per il progetto La Bussola rivolto al gioco d'azzardo patologico

Cooperativa ARDEA per l'inserimento lavorativo e sociale

Complessivamente le convenzioni con le associazioni sopraelencate hanno comportato un costo di 160.000 euro.

6- progetti attuati nel corso del 2016

Nel corso dell'anno solare 2016 è proseguita l'attività del Gruppo Prevenzione del Dipartimento Dipendenze con i progetti ormai consolidati ed è iniziata una nuova attività preventiva con la peer education.

Gli interventi attuati tengono conto della necessità di:

a) raggiungere l'intera popolazione con approcci universali

b) lavorare con sottogruppi di popolazione a rischio con approcci selettivi

c) contattare persone identificate come vulnerabili e ad alto rischio con approcci mirati.

La metodologia di lavoro si ispira all'intervento di comunità che pone particolare attenzione alla creazione di reti e allo sviluppo di culture partecipative. Obiettivo del Gruppo Prevenzione è quello di privilegiare la continuità di interventi e di non limitarsi ad attività isolate e fine a sé stesse.

Gli interventi hanno riguardato sia i giovani che gli adulti significativi raggiunti sia in ambito scolastico che territoriale.

ATTIVITA' DI PREVENZIONE 2016	
GIOVANI	N° beneficiari
attività nelle scuole	
Progetto "CIC per un gruppo di classe" attuato nelle classi prime nelle 4 scuole secondarie di secondo grado in cui è attivo il CIC.	26 classi prime per un totale di 640 studenti
Progetti "C.I.C. Centro di Informazione e Consulenza" rivolto a tutti gli studenti delle 4 scuole in cui è attivo il progetto che prevede la progettazione e il monitoraggio con la scuola, la promozione con i rappresentanti di classe; la consulenza individuale e di gruppo classe su richiesta degli studenti	Colloqui individuali e CIC di gruppo di 2 ore ciascuno con 22 classi per un totale di 533 studenti
"CIC Essere Donne in una scuola prevalentemente maschile" rivolto alle studentesse di 1 istituto	4 CIC di gruppo di 2 ore ciascuno per un totale di 87 studentesse
Incontri per "Mese Prevenzione Alcolologica" rivolto alle classi prime e seconde di 6 scuole secondarie di secondo grado che hanno aderito	Una mattinata in 5 istituti con 33 classi per un totale di 815

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it



Progetto provinciale <i>“Gli incidenti stradali nella Provincia di Verona. Analisi, cause, conseguenze e prevenzione”</i> attuato in 1 dei 2 istituti aderenti	3 classi terze per un totale di 91 studenti
<i>Evento premiazione</i> rivolto alle classi che hanno raggiunto un punteggio più alto al questionario di apprendimento collegato al progetto provinciale <i>“Gli incidenti stradali nella Provincia di Verona. Analisi, cause, conseguenze e prevenzione”</i>	Una mattinata presso il Ser.D, 2 classi per un totale di 34 studenti e 3 docenti
<i>“Format informativo alcol”</i> - su richiesta degli studenti	1 classe quinta con 15 studenti e 2 docenti
<i>“Format informativo Sostanze Illegali</i> su richiesta degli studenti in 1 classe	3 classi per un totale di 61 studenti e 2 docenti
<i>“Format informativo tabacco”</i> su richiesta degli studenti	1 classe quinta con 15 studenti e 2 docenti
<i>Collaborazione per l'organizzazione di assemblee di istituto</i>	
<i>“Giornata di sensibilizzazione sul tabacco”</i> rivolta ai fumatori dei 4 istituti aderenti che ha previsto l'allestimento di uno spazio informativo, attività e possibilità di sottoporsi alla prova del carbossimetro	309 studenti e 8 docenti, 80 prove carbossimetro
<i>Giornata mondiale HIV</i> 1° dicembre rivolta a classi terze, hanno aderito 2 istituti secondari di secondo grado	2 classi terze per un totale di 59 studenti e 2 docenti
<i>Evento assembleare di prevenzione HIV</i> rivolto ad un istituto secondario di secondo grado	5 classi terze per un totale di 125 studenti e 10 docenti
Programma <i>3.PE Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcol, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS) negli adolescenti in ambito scolastico.</i> Avvio del progetto su prevenzione HIV e MTS. Promozione con i dirigenti delle secondarie di secondo grado - incontri con le singole scuole - reclutamento - formazione dei Peer in 4 istituti - sperimentazione nelle classi 4 [^] - ricaduta nelle 2 [^]	41 Peer formati di 4 istituti, attività di sperimentazione in 17 classi quarte per un totale di 290 studenti; intervento di ricaduta dei peer in 12 classi seconde per un totale di 256 studenti
Promozione dei <i>laboratori di didattica multimediale Cà Dotta luoghi per la salute</i> relativi alla tematica alcol e tabacco nelle scuole secondarie di primo e secondo grado in cui sono attivi i progetti di prevenzione	Le classi prime di 1 ISS e 1 scuola secondaria di primo grado su tema alcol e 4 classi seconde di 2 istituti di sul tabacco, 3 classi sul tema alcol. In totale 14 classi
Progetto <i>“Dipende da Te”</i> Scuole Secondarie di Primo Grado. Sono proseguiti gli interventi con il progetto sulle Life Skills nella scuola di Sorgà; avvio progetto nella scuola di Nogara (attività inseriti in progetti che hanno visto la collaborazione e il co-finanziamento delle amministrazioni comunali)	4 classi terze per un totale di 80 studenti e 2 classi seconde con 36 studenti

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it



attività sul territorio	
Progetto Giochi Puliti (attività di coordinamento e coprogettazione con le amministrazioni comunali per i progetti territoriali; uscite sul territorio nelle 2 discoteche, nelle sagre e in eventi di richiamo) - 2 serate Havana Beach Club (Bovolone) - Sagra del Pesce di Angiari - 4 uscite alla discoteca Stargate di Castagnaro - 7 uscite alla discoteca Corte degli Angeli - Soundvito (Legnago) - Goose Festival (Zevio) - Festa Giovani (Oppeano) - Rock Beer Fest (Isola Rizza) - 2 serate Spakemotuto Festival	325 prove etilometriche 35 prove picometro
Coordinamento Regionale Safe – Night	Incontri a cadenza mensile
Uscite regionali con il Coordinamento Veneto dei Progetti di Prevenzione Selettiva tramite unità mobili Safe Night all'Home Festival di Treviso e una uscita a Piazza Mazzini Jesolo	139 prove etilometriche 23 picometro
Progetto <i>“Insieme è un'altra cosa”</i> Unione Comuni Destra Adige che ha previsto varie attività: gruppo progettazione intercomunale <i>Giochi senza frontiere</i> a tema alcol	- 4 Comuni - 6 animatori parrocchiali - 2 gruppi parrocchiali
Avvio di una nuova collaborazione progettuale con il Comune di Oppeano	
ADULTI	
Gruppo Interscuole formato dai docenti Referenti alla salute delle scuole secondarie di secondo grado e gli operatori del Gruppo Prevenzione - 1 incontro	8 docenti
Format <i>“Per Bacco! Parliamo di alcol”</i> Università del Tempo Libero di Cerea e AUSER di Nogara	92 persone
Serata rivolta ai genitori <i>“Figlio ideale figlio reale”</i> Comune di Sorgà	50 genitori
Serata rivolta ai genitori <i>“Rapporto genitori e figli: questo/a figlio/a sta crescendo e noi?”</i> Comune di Nogara	45 genitori
Incontro formativo per Assistenti Sociali sul Gruppo Prevenzione del Se.D: impostazione, modalità di lavoro, rapporti con il territorio, progetti in atto	33 assistenti sociali
PPA (Piano di Prevenzione Aziendale) partecipazione agli incontri per la stesura del piano	
Programma 1.A <i>“Formazione personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati</i> promozione e sostegno della formazione degli operatori sanitari sul tema alcol; promozione della FAD sul sito aziendale, agli operatori partecipanti alle edizioni formative degli anni precedenti <i>“Non solo cura ma cultura..”</i>	102 operatori hanno partecipato alla FAD; 65 hanno superato e terminato il percorso

Responsabile del procedimento: Carlo Bossi

Referente istruttoria:

Tel.: 0442 24411 – fax 0442 27180 e-mail: sert.legnago@aulss9.veneto.it

Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
U.O.C. Psichiatria Legnago

RELAZIONE VALUTATIVA PIANO DI ZONA ANNO 2016

Per ciò che attiene l'anno 2016, le attività del nostro Dipartimento di Salute Mentale sono state portate avanti seguendo le direttive del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016.

PRIORITA'

Un notevole impegno operativo nel corso del 2016 che ha coinvolto il nostro DSM nel suo insieme è consistito nell'apertura della REMS di Nogara con 40 posti letto, struttura deputata all'accoglienza di pazienti psichiatrici, provenienti da tutta la Regione, autori di reato e prosciolti per vizio di mente secondo quanto previsto dalla legge 81/2014. L'impegno è consistito nella gestione di una struttura del tutto inedita, strutturalmente e operativamente, nel panorama sanitario nazionale, che ha determinato un cambiamento significativo in tutta l'organizzazione del DSM, in particolare per il Reparto Psichiatrico di Legnago che rappresenta un riferimento essenziale per la REMS. L'impegno inoltre che ha coinvolto tutto il personale del DSM è stato anche quello di rappresentare una guida operativa per il personale neoassunto della REMS, oltre che quello di garantire la guardia attiva notturna e festiva. Con il trascorrere dei mesi, l'organizzazione della REMS è andata progressivamente evolvendo, la pianta organica è stata progressivamente completata, acquisendo verso fine anno una sua autonomia operativa, fermo restando un costante collegamento soprattutto con il SPDC di Legnago, attraverso una condivisione del servizio di guardia medica tra sanitari della REMS e del resto del DSM.

Per quanto attiene l'operatività ordinaria abbiamo operato attraverso l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione sull'utenza, a partire dal Centro di Salute Mentale con le sedi operative di Legnago, Bovolone e di Nogara, che hanno garantito gli interventi ambulatoriali e domiciliari di base, al fine di offrire adeguate risposte alla domanda degli utenti provenienti dai vari nostri territori. Il Centro di Salute Mentale ha inoltre garantito gli interventi di supporto socio-assistenziale agli utenti, anche attraverso la collaborazione da parte dei Comuni di residenza (servizio domiciliare, trasporti, pasti, reperimento alloggi, etc.).

L'operatività sul territorio ha sempre quale modello di riferimento la "Psichiatria di Comunità", consistente in interventi di tipo multidisciplinare, in un'ottica bio-psico-sociale, verso utenti con problematiche psichiatriche di vario grado, erogati nell'ambito del territorio di appartenenza.

Gli utenti più impegnativi sul piano assistenziale, hanno usufruito delle strutture riabilitative intermedie, rappresentate dai Centri Terapeutici Diurni e dai DH di Legnago, Bovolone e Nogara, oltre che dalla CTRP di Nogara "Villa Stellini" per ciò che riguarda gli interventi residenziali protetti.

Si è operato attraverso le "Reti Sociali", finalizzate alla riabilitazione psico-sociale, all'inclusione e alla lotta allo stigma. Due nuove figure di operatori (una psicologa e una assistente sociale in regime di convenzione a tempo parziale) sono state inserite all'interno dell'Equipe, con l'obiettivo di potenziare il lavoro di inclusione sociale per i pazienti più gravi. Vengono menzionate qui di seguito le tre attività principali di sviluppo delle reti sociali:

Convenzione con l'Associazione Self-help, al fine di favorire l'inserimento sociale e a costruire reti collaborative tra utenti e territorio.

Collaborazione con l'associazionismo e le famiglie (in particolare con l'AITSAM), attraverso progetti di inclusione sociale, compresa la cosiddetta “Residenzialità Leggera” che ha consentito, proseguendo il lavoro iniziato negli anni scorsi, il graduale inserimento di 7 utenti in appartamenti nel tessuto urbano dei comuni di Legnago e Bovolone.

Collaborazione con il SIL per l'inserimento lavorativo di utenti psichiatrici. Gli utenti che hanno avuto almeno un contatto con il suddetto servizio sono stati 94, dei quali 59 hanno ottenuto un inserimento lavorativo.

Abbiamo confermato l'operatività condivisa con le cosiddette “discipline di confine” come il Servizio Per le Dipendenze Patologiche, l'Area Disabili e i Servizi di Neuropsichiatria Infantile, per utenti portatori di bisogni complessi.

Per quanto riguarda i progetti finalizzati al completamento dell'offerta di residenzialità psichiatrica nel territorio, consistenti nell'attivazione di 2 comunità alloggio (una di base e una estensiva) per le quali si era già ottenuta ufficialmente l'autorizzazione all'esercizio, restano momentaneamente sospesi a livello regionale.

Permane operativa la Comunità Residenziale “Casa San Giuseppe Sesta Opera” di Ronco all'Adige, finalizzata alla cura e alla riabilitazione di utenti autori di reato, prosciolti per vizio di mente, provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, con pericolosità sociale attenuata.

Si rappresenta che sia la REMS di Nogara e sia la Comunità San Giuseppe di Ronco all'Adige, hanno conferito al nostro DSM, una peculiarità specialistica nell'ambito delle Discipline Psichiatrico Forensi, tale da renderlo unico a livello Regionale tra tutti di DSM delle Aziende ULSS.

TENDENZE EMERGENTI

Il modello sociale della Civiltà contemporanea che il Sociologo Zygmunt Bauman conia con il termine di “Società liquida”, caratterizzato da un crescente livello di incertezza e di individualismo, oltre che attraverso una crisi di valori tradizionali (in primis la famiglia), viene avvertita anche nel nostro territorio, attraverso una richiesta di interventi per forme di disagio esistenziale e adattativo, non incluse nell'ambito dei quadri psicopatologici classici. La crisi economica ancora avvertita dalla popolazione, soprattutto nell'ambito dei ceti più bassi, determina una sempre crescente domanda di interventi psichiatrici, a cui si aggiunge la maggiore consapevolezza della popolazione di bisogno di cure, ha determina un crescente utilizzo e afferenza verso i nostri servizi territoriali.

Tutte le statistiche del mondo occidentale, denotano un incremento di forme di disagio mentale, non rientrante nel novero delle forme psicopatologiche tradizionali, che necessitano comunque di attenzione da parte dei Servizi di tutela per la Salute Mentale attrezzate generalmente per rispondere ai disturbi psichiatrici più gravi, ma non munite adeguatamente di strumenti operativi volti a far fronte a questi nuovi bisogni.

Il disagio dell'utenza che si rivolge ai nostri Servizi, porta le stesse a presentare richieste di supporto sociale, quali: ricerca di una occupazione lavorativa, accesso a interventi economici finalizzati al sostegno familiare, reperimento di alloggi.

Il persistente fenomeno dell'immigrazione determina una sempre crescente domanda di cure da parte di utenti affetti non soltanto dalle tradizionali patologie psichiatriche maggiori, ma anche da

forme più lievi quali i Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Adattamento Sociale e dell'Umore di lieve-moderata entità, abuso di alcool e sostanze stupefacenti con correlati psicopatologici.

Il disagio esistenziale generalizzato continua a riguardare tutte le fasce di popolazione: dall'adolescenza, all'età adulta, fino alla condizione anziana, con varie forme di disadattamento che, pur non rientrando nell'ambito dei disturbi mentali in senso stretto, necessitano comunque di interventi specialistici spesso anche più complessi e sofisticati rispetto alle patologie psichiatriche tradizionali.

Quanto riferito merita una approfondita riflessione sul ruolo che dovranno assumere i Servizi per la Tutela della Salute Mentale in prospettiva futura. I nostri Servizi Territoriali sono attualmente organizzati prevalentemente sul trattamento dei Disturbi Psicotici, per i quali risultano adeguatamente attrezzati nel far fronte ai bisogni di questi pazienti. Lo sforzo prioritario è di ampliare l'offerta alla popolazione con lo scopo di coprire i nuovi bisogni e effettuare un lavoro di prevenzione su situazioni all'esordio (non solo per le patologie psicotiche). Tutto ciò potrà essere effettuato tenendo da conto della sostenibilità e della crisi economica, attraverso modelli organizzativi volti ad una razionalizzazione delle risorse a partire da un potenziamento dell'attività territoriale volta a una riduzione delle acuzie, quindi dei ricoveri (che rappresentano la voce di spesa più elevata). Anche la promozione di forme di residenzialità autogestita rappresenta una modalità di assistenza volta a ridurre la dipendenza dai servizi e, contestualmente, anche a ridurre il ricorso alla residenzialità protetta, quindi i relativi costi. Andranno inoltre avviate attività già in uso presso altre realtà internazionali, tali da ampliare la risposta assistenziale attraverso modalità innovative e attente alla sostenibilità (impiego di scale di autovalutazione, gruppi terapeutici in vece di terapie individuali, promozione di forme di auto-mutuo-aiuto, coinvolgimento della medicina di base).

Altro capitolo riguarda il terzo livello di assistenza, che prevede una specializzazione mirata verso forme psicopatologiche emergenti (disturbi di personalità, del controllo degli impulsi, dell'adattamento), per cui ci si sta adoperando sul piano formativo, ma che potranno essere messe in atto soltanto in presenza di un'adeguata dotazione di risorse umane.

PRINCIPALI DATI SULL'UTENZA

Il numero delle prestazioni (visite psichiatriche ambulatoriali, psicoterapie, interventi di assistenza sociale) effettuate presso i nostri Servizi nell'anno 2016 risultano essere stati in numero complessivo di 9365, nel 2015 erano state 8891.

I ricoveri ospedalieri presso il nostro Servizio Psichiatrico Ospedaliero sono stati nel 2016 301, nel 2015 erano stati 305.

Gli utenti inseriti presso strutture residenziali del DSM risultano essere state nel 2016 in numero di 19, mentre gli utenti inseriti presso strutture residenziali esterne al DSM nel corso del 2016 sono state in tutto 36.

CRITICITA'

Vi è stato nel corso del 2016 un periodo particolarmente impegnativo conseguente all'attivazione della REMS che ha prodotto un cambiamento della prassi operativa complessiva, dovuta all'attivazione di una guardia attiva presso il SPDC di Legnago (che doveva rispondere anche alle situazioni di urgenze presso la REMS), che ha determinato una certa discontinuità nell'operatività quotidiana, avvertita peraltro anche dall'utenza e segnalata talvolta anche per il tramite dell'URP. Altro elemento di criticità è avvenuto a seguito della carenza repentina del numero dei medici, per cause diverse, che ha determinato una riduzione di 6 unità (tra REMS e resto del DSM) accentuata dal fatto che si è verificato durante il periodo estivo. Questo aspetto ha determinato una fase in cui è risultato più difficile far fronte ai bisogni territoriali e ad attivarsi per nuovi progetti, dovendo necessariamente far fronte e offrire priorità alle situazioni d'urgenza-emergenza. L'impegno maggiore è consistito anche nel dover far fronte a situazioni critiche della REMS, particolarmente complesse sul piano assistenziale e gestite nell'ambito del SPDC di Legnago (per vari mesi presso il SPDC sono risultati presenti degli agenti di custodia). Detta esperienza ci ha reso consapevoli della necessità di disporre in organico di un numero adeguato di personale medico, senza il quale l'operatività ospedaliera e territoriale risulterebbe particolarmente compromessa.

E' auspicabile l'attivazione delle due comunità alloggio di base ed estensiva, così come previste nel Piano di Zona, da affiancare all'attività della attuale CTRP, in maniera da poter disporre avere delle strutture tali da consentire di mettere in atto i percorsi riabilitativi progressivi per pazienti psicotici (passaggio da strutture a protezione progressiva decrescente). Ciò consentirebbe anche un rientro di un numero di almeno una parte di utenti attualmente inseriti presso strutture residenziali ubicate fuori dal nostro territorio, con un rientro di spesa.

Si avverte la carenza di una struttura riabilitativa diurna, tale da rappresentare una soluzione intermedia tra il Centro Terapeutico Diurno e il Servizio per l'Inserimento Lavorativo.

Risulta ancora una certa percentuale di utenti che si rivolgono, per ricoveri, presso le Case di Cura Private per cui, lungi dal voler interferire sulla libera scelta dei cittadini, si può comunque migliorare l'offerta ospedaliera, quindi la competitività, attraverso un miglioramento strutturale della condizione alberghiera presso il reparto nell'Ospedale di Legnago, oltre che ad un ampliamento dell'offerta terapeutica.

La precarietà della condizione strutturale del Reparto di Legnago (pavimenti, soffitti, serramenti in condizioni di importante degrado) rappresenta un'importante criticità che andrebbe superata nel più breve tempo possibile.

L'evidenza di una aumentata presa in carico di utenti stranieri, ha comportato la necessità dell'impiego di mediatori culturali e, soprattutto in occasione dei ricoveri in ospedale, non risultano reperibili entro tempi ragionevoli.

A fronte della presenza di utenti con capacità e necessità di autonomia personale e abitativa, ma con scarse disponibilità economiche, si palesa il bisogno di alloggi ERP o con affitto agevolato, per rendere possibile il processo di autonomia.

PRINCIPALI UNITA' D'OFFERTA

Le unità d'offerta del DSM per il 2016 sono state: CSM con le sue sedi territoriali di Legnago, Bovolone e Nogara - Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Legnago, Centri Diurni di Legnago, Bovolone e Nogara - DH Territoriali di Legnago, Bovolone e Nogara - CTRP di Nogara - Appartamenti (Residenzialità Leggera) di cui 1 a Legnago e 1 a Bovolone - Comunità Residenziale

“San Giuseppe Sesta Opera” di Ronco all’Adige, oltre che alla REMS di Nogara (con un’utenza proveniente da tutto il Veneto).

Per quanto attiene l’Insieme Complesso di Prestazioni vi è stato un incremento delle attività territoriali.

I Servizi che hanno sostenuto maggiori spese permangono il Servizio Psichiatrico Ospedaliero e la CTRP.

Quest’ultimo dato comporta una riflessione sull’opportunità di un potenziamento delle attività di prevenzione sul territorio, che consentono (ciò consolidato da ripetute ricerche internazionali del settore) una riduzione delle fasi acute e, conseguentemente, un calo dei ricoveri ospedalieri.

PROGETTI ATTUATI NEL 2016

- Formazione specifica per acquisizione di competenze sulla Psicoeducazione per Utenti e Familiari
- Formazione specifica su tecniche di Rimedio Cognitivo secondo il Metodo IMT
- Corsi di Professionalizzazione degli utenti in collaborazione con la Club House dell’AITSAM di Legnago
- Avviamento di un Progetto su attività Fisica e Stili di Vita Salutare con il Dipartimento di Prevenzione ed Educazione alla Salute e UISP nelle sedi di Legnago e Bovolone.
- Open Day in occasione della Giornata Nazionale della Salute Mentale
- Gruppi per utenti con disturbi d’ansia presso il CSM di Legnago
- Gruppi psicoeducativi per utenti e familiari presso CSM e Centri Diurni
- Incontri di divulgazione e sensibilizzazione alla Salute Mentale con le Scuole Superiori del Polo Scolastico di Legnago, con una giornata didattica presso il CD di Legnago con la IV classe del Liceo Psicopedagogico di Legnago
- Soggiorni invernali ed estivi con funzioni riabilitative per utenti afferenti ai Centri Terapeutici Diurni e alla CTRP
- Gruppi di Riabilitazione Cognitiva (Cognitive Remediation) secondo il metodo Cogpacc presso i Centri Diurni
- Completamento del progetto di ricerca con l’Università di Verona, su “Studio osservazionale sulla continuità delle cure e gli outcome nei servizi psichiatrici e sociali della salute mentale”
- Conclusione di un progetto di ricerca su “Outcome e Recovery nei pazienti dei centri diurni” sempre in collaborazione con l’Università di Verona. In fase di elaborazione dei dati.
- Formazione specifica su modelli attuali di “residenzialità leggera”
- “Simposio dei Poeti” in collaborazione con il Comune di Nogara, evento consolidatosi nel tempo quale percorso finalizzato al superamento delle barriere culturali

Dr. Vincenzo Cesario

Direttore f.f. U.O.C. Psichiatria Legnago

RELAZIONE VALUTATIVA ANNO DI ATTIVITA' 2016

SCHEMA DI COMMENTO PER AREA **MARGINALITA' E INCLUSIONE SOCIALE**

A) Le priorità di intervento seguite:

I soggetti istituzionali coinvolti - per lo più gli Enti Locali - sono impegnati nell'individuazione di politiche di indirizzo essendo la marginalità in sé un tema sempre emergente di fronte a cui, però, stenta a delinearci un pensiero comune a differenza delle altre aree in cui politiche e priorità attuative sono delineate con precisione anche in Regione.

Tuttavia è stato possibile realizzare un confronto su alcuni punti che, negli anni passati, rappresentavano solo ostacoli al raggiungimento degli obiettivi dell'area.

Nel corso del 2016 gli Enti locali hanno intensificato il dialogo con i soggetti del Terzo Settore appartenenti alle organizzazioni Caritas Diocesana e Conferenza S. Vincenzo De Paoli - per un sereno confronto sulle emergenze del territorio e al fine di evitare la sovrapposizione degli interventi sui singoli casi. In particolare è stata promossa una ricognizione delle associazioni e cooperative interessate all'area della Marginalità e una serie di incontri tra i referenti del Tavolo di Piano, la Direzione Sociale dell'ex Ulss 21, i referenti dei Comuni e delle Associazioni.

Sono proseguite le azioni per favorire il ricollocamento lavorativo di persone svantaggiate, in particolare è stata costituita un'asse collaborativa tra molti Comuni dell'ex Ulss 21 e i referenti di Provincia, Centri per l'Impiego e Agenzie Sociali denominata "Patto Territoriale"

B) Dati epidemiologici

Il territorio dell'ex Azienda ULSS 21 è caratterizzato da piccoli e medi Comuni e la conoscenza delle persone in situazione di marginalità sociale è diretta e precisa da parte sia degli amministratori locali, sia del Servizio Sociale Professionale, che del privato sociale locale che intervengono sul singolo caso tentando di lavorare sinergicamente considerate le poche risorse disponibili.

C) Difficoltà che hanno ostacolato il raggiungimento degli obiettivi

Il servizio sociale professionale dei Comuni si impegna costantemente a raccogliere informazioni sugli interventi operati dal Terzo Settore organizzato o spontaneo per mappare ogni iniziativa di aiuto nei confronti delle persone che si trovano in stato di marginalità e esclusione sociale - **iniziativa** spesso frammentaria e discontinua.

Difficoltà di integrazione dei soggetti deboli e vulnerabili.

Difficoltà di ricollocamento di persone a termine della pena.

Mancanza di politica territoriale e regolamenti per l'accesso alle misure di sostegno economico e di integrazione al reddito condivisi tra Comuni.

Aumento esponenziale dei casi di nuclei o persone "vulnerabili" a causa della perdita di lavoro o della casa.

D) Le unità di Offerta - UDO (servizi)

- Non previste

E) Gli Insiemi Complessi di Prestazioni – ICP (attività)

- Tutte le attività sono riconducibili alle prestazioni erogate dai comuni e, allo stato attuale, la ripartizione delle risorse rilevabile è solo quella degli enti locali attraverso: Servizio sociale professionale

Attività di supporto per il reperimento o il mantenimento degli alloggi

Supporto inserimento lavorativo

Assistenza domiciliare socio-assistenziale

Distribuzione pasti

Trasferimenti per integrazione del reddito

Trasferimenti per pagamento rette servizi residenziali

- I cambiamenti promossi: sostegno professionale ed economico ai diretti interessati in considerazione delle limitate risorse messe a disposizione dalla Regione e dai Comuni per fare fronte al crescendo della casistica

F) I progetti

- Principali caratteristiche

Area penale: il Servizio Sociale Professionale dei Comuni conferma la collaborazione efficace con il Servizio Sociale del Ministero della Giustizia per la stesura di progetti a sostegno delle persone a fine pena che possono prevedere interventi per il reperimento di un lavoro, di un alloggio, interventi anche di carattere economico al fine di un reinserimento nel tessuto sociale della persona.

Area dell'esclusione sociale “persone senza dimora” censimento dell'iscrizione presso le anagrafi comunali, evidenziando i casi in carico al Servizio Sociale Professionale dei Comuni per i quali sono stati fatti degli interventi di carattere economico, di inserimento in struttura o di reperimento alloggio.

Area vittime di tratta e sfruttamento: proseguono gli interventi attuati dal Servizio Sociale Professionale dei Comuni su situazioni segnalate dalla Questura di Verona (ex art. 18 D. Lgs. n. 286/98) relative a vittime di sfruttamento lavorativo.

- Considerazioni

Per l'area penale e di esclusione sociale sono messe a disposizione da parte dei Comuni le risorse per l'attuazione di progetti specifici. Tuttavia il progressivo aumento di casi di perdita dell'abitazione (per morosità o per pignoramento) da parte di cittadini stranieri o italiani comporta la ridefinizione degli obiettivi e politiche di contrasto del fenomeno.

Per le vittime di tratta è stato utilizzato un finanziamento ministeriale ad hoc.

Per il collocamento al lavoro di persone svantaggiate sono stati attivati percorsi di formazione e di tirocinio con i finanziamenti del Fondo Sociale Europeo nel Veneto e Fondazione Cariverona.

RELAZIONE VALUTATIVA ANNO DI ATTIVITA' 2016

SCHEMA DI COMMENTO PER AREA **IMMIGRAZIONE**

A) Le priorità di intervento perseguite:

la programmazione attuata attraverso il Piano di Zona considera tutti quegli interventi che possono favorire l'integrazione sociale e contrastare l'esclusione delle persone immigrate. Sono state programmate e realizzate attività di mediazione culturale, alfabetizzazione, laboratori formativi per insegnanti, operatori sociali e socio-sanitari.

Si rinnova l'obiettivo di attivazione di specifiche forme di risposta - anche residenziali - a situazioni particolari per nomadi o immigrati in condizioni di grave marginalità.

B) Difficoltà che hanno ostacolato il raggiungimento degli obiettivi

L'alta percentuale di minori immigrati, soprattutto di seconda generazione, cioè i nati sul territorio italiano che si devono confrontare sia con la cultura d'origine sia con quella del Paese ospitante, pone la questione dell'integrazione socio-culturale dei minori e della popolazione attiva nel tessuto sociale.

Scarso coordinamento degli interventi sul territorio operati da enti e istituzioni e terzo settore.

E' opportuno citare anche la difficile costruzione di un'alleanza educativa con le famiglie degli alunni immigrati.

Permane la carenza di percorsi formativi strutturati e adeguati per i minori stranieri.

C) Le unità di Offerta - UDO (servizi)

- Non previste

D) Gli Insiemi Complessi di Prestazioni - ICP (attività)

- Principali caratteristiche:

l'area si caratterizza per un gruppo di prestazioni a diretta gestione degli enti locali che attraverso gli uffici di Servizio Sociale Professionale in modo autonomo o in collaborazione con sportelli tematici propri o convenzionati, operano nei confronti degli stranieri.

- Le maggiori spese sono nell'ordine:

Le attività del **servizio sociale professionale** che consentono l'avvio di ogni percorso o progetto o supporto, in particolare l'adesione e la gestione dei progetti di presa in carico per il Sostegno per l'Inclusione Attiva a partire dal 1 settembre 2016.

I progetti di integrazione del reddito.

Le attività di supporto per il reperimento di alloggi.

Il servizio di mediazione culturale e sociale destinato ai Comuni.

- Il cambiamento è di natura culturale e per definizione in divenire.

E) I progetti

I Comuni in forma associata attraverso il diretto coinvolgimento della Conferenza dei Sindaci, hanno promosso il Programma di integrazione sociale e scolastica di adolescenti immigrati progetto, "Azioni di integrazione", programma locale di integrazione sociale e scolastica in collaborazione con l'Associazione *Il sorriso di Ilham*.

I Comuni del territorio gestiscono autonomamente progetti di alfabetizzazione e di integrazione degli immigrati.

I Comuni, in forma unitaria come Ambito Territoriale di Legnago, aderiscono al Programma Operativo Nazionale di Inclusione (SIA).

F) Considerazioni

La modalità di gestione dimostra una visione comune della tematica e la volontà di superare la parcellizzazione delle risorse e degli interventi.