



RIPIANIFICAZIONE DEL PIANO DI ZONA PER L'ANNO 2017

Premessa

La Regione del Veneto con deliberazione di Giunta n. 1841 del 09.12.2015 ha prorogato la validità dei Piani di Zona 2011/2015 al 31.12.2016.

Successivamente, a seguito dell'adozione della L.R. n. 19 del 25 ottobre 2016 che ha previsto l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss a decorrere dal 1° gennaio 2017 e in attesa dell'adozione dei conseguenti atti di riorganizzazione e di programmazione aziendale, la Regione con D.G.R.V. n. 2174 del 23.12.2016 Allegato G ha ritenuto opportuno prorogare al 31.12.2018 gli effetti della D.G.R.V. n. 1841/2015, fermo restando per i Comitati dei Sindaci di Distretto di cui all'art. 26, comma 4 della L.R. n. 19/2016 l'obbligo della ripianificazione annuale da approvare e trasmettere alla Conferenza dei Sindaci di cui all'art. 26 comma 2 della L.R. n. 19/2016 che provvederà alla armonizzazione ed all'invio alla Regione, Direzione Servizi Sociali entro il 31 luglio di ogni anno.

La Regione del Veneto con l'approvazione della Legge n. 19/2016, oltre ad individuare l'ente di governance della sanità denominato "Azienda Zero", ha disposto la riorganizzazione degli ambiti territoriali delle Aziende Ulss dando vita dal 1° gennaio 2017 a nove nuove Ulss quale risultato dell'accorpamento delle ventuno preesistenti. L'Azienda Ulss n. 20 ha cambiato la propria denominazione in Azienda Ulss 9 Scaligera, mantenendo la propria sede legale nel Comune di Verona ed incorporando le sopresse Aziende Ulss n. 21 di Legnago e n. 22 di Bussolengo. Per effetto della suddetta fusione, l'estensione territoriale dell'Ulss Scaligera coincide con la circoscrizione della Provincia di Verona suddivisa in quattro Distretti.

L'orientamento della Direzione Strategica è di procedere fin da subito verso un'armonizzazione dei tre Piani di Zona delle ex Aziende Ulss n. 20, n. 21 e n. 22 lungo due direttrici principali: linee di azione e approccio metodologico. Sul primo versante si intende orientare la programmazione dei Servizi Socio Sanitari del territorio verso una visione ancor più comunitaria, prevedendo - come sarà illustrato nel prossimo paragrafo - un coinvolgimento sistematico delle risorse formali ed informali presenti sui territori. Sul piano metodologico si tratta di far convergere, non necessariamente in tempi brevi, prassi di programmazione verso un modello di concertazione unico, che offra la migliore esplicazione operativa dei principi di sussidiarietà e solidarietà sociale, entro una visione organica di sviluppo delle comunità territoriali.

Il Welfare di Comunità come elemento di armonizzazione dei Piani di Zona

Nel tempo le richieste di prestazioni sono aumentate in modo esponenziale, anche nella loro complessità, e da più parti si riconosce che l'attuale offerta del sistema socio-sanitario e assistenziale non è più in grado, da sola, di dare risposta a tutte le richieste di aiuto provenienti dalla cittadinanza.

Vi è certamente una carenza di risorse rispetto ai bisogni, ma da essa si scopre una debolezza più profonda, che riguarda l'impostazione stessa dei Servizi: negli ultimi decenni è stata demandata agli specialisti e ai

professionisti del settore una delega quasi totale per la gran parte delle prestazioni socio-sanitarie e assistenziali, con una progressiva deresponsabilizzazione degli attori locali. Oggi non è più possibile pensare che tutte le risposte debbano essere fornite dall'Ente Pubblico, direttamente o per il tramite del Terzo Settore: non solo per una questione di sostenibilità economica, ma anche (e soprattutto) a partire dalla convinzione che la diffusione e l'estensione delle pratiche di cura possa migliorare il vivere civile all'interno delle comunità territoriali, a beneficio di tutti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, fin dal 1977, propone una modalità di Welfare di Comunità che ha definito come Community Base Rehabilitation (CBR). Secondo questo approccio, è fondamentale mobilitare la comunità di appartenenza per la migliore qualità di vita possibile delle persone fragili e dei loro familiari. Si tratta di coinvolgere il maggior numero di cittadini, sia attraverso iniziative di sensibilizzazione sui bisogni di chi vive loro accanto, sia per reperire risorse complementari a quelle offerte dai Servizi istituzionali (OMS. CBR Guidelines - Empowerment component, 2010).

In altre parole, attraverso la socializzazione dei bisogni e la corresponsabilità nelle risposte di aiuto si può attivare un Welfare di Comunità in grado di fronteggiare positivamente la crescente domanda di protezione sociale, nonostante le penurie economiche, e di contrastare quel senso di isolamento che spesso accompagna le persone fragili. Non secondariamente tali processi di sussidiarietà, che prevedono il coinvolgimento anche di singoli cittadini, sono generativi di legami di solidarietà e di reciproca fiducia in seno alla comunità locale. In questo modello di Welfare, gli stessi destinatari delle prestazioni sono chiamati in causa come soggetti in grado di offrire, a loro volta, qualcosa al territorio in cui vivono e trovano sostegno. Si tratta di estendere ai beneficiari di tutte le prestazioni socio-sanitarie e assistenziali i principi presenti nelle azioni governative di contrasto alla povertà (SIA, ora REddito di Inclusione sociale – REI).

Tale visione rappresenta un rilevante cambio di prospettiva nell'impostazione dei Servizi Socio Sanitari, che chiama a corresponsabilità le comunità locali e coloro che ricevono aiuto. Già nel Libro bianco sul futuro del modello sociale (2009), il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali indicava nel Welfare comunitario, composto da una rete di persone, famiglie, imprese profit e non-profit, Terzo Settore, il luogo dove rifondare la protezione sociale secondo principi di responsabilità, fiducia e reciproca solidarietà. Anche il Piano Socio-Sanitario della Regione Veneto 2012-2016 individua tra gli obiettivi strategici della programmazione «la realizzazione di un welfare di comunità attraverso il coinvolgimento del terzo settore nelle sue varie espressioni (associazioni, cooperative, fondazioni, volontariato...) in un'ottica di collaborazione sia nella programmazione che nella gestione corresponsabile anche economica dei servizi» (pag. 97).

Tali orientamenti hanno trovato una concretizzazione nel modello del Welfare Generativo® proposto dalla Fondazione Zancan di Padova a partire dal Rapporto sulla povertà 2012. In esso si mostra come l'assistenza sociale tradizionale possa trasformarsi in promozione delle persone e della comunità, come la spesa sociale possa diventare un investimento per la collettività, fronteggiando per questa via l'insufficienza delle risposte istituzionali ai bisogni delle persone che hanno bisogno di aiuto. E' necessario passare dalla logica del costo a quella dell'investimento, dalla protezione tradizionale - fondata sull'assistenzialismo - alla promozione delle persone.

Si tratta di principi già sperimentati nel nostro territorio attraverso progetti nazionali/regionali (Famiglie in Rete, Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione – PIPPI) e diverse esperienze locali, laddove gli stessi Comuni hanno attivato misure di sostegno economico a persone fragili a fronte di un loro impegno a rendersi utili in servizi collettivi (sorveglianza negli attraversamenti stradali presso scuole, manutenzione di spazi verdi pubblici, attività varie di pubblica utilità). Da essi si può già avere dimostrazione dei benefici, su diversi fronti, che si ottengono attraverso un approccio di comunità ai problemi sociali.

Nella ripianificazione dei Piani di Zona per l'anno 2017, si individua in questa prospettiva (che è insieme politica, etica ed organizzativa) un primo elemento di armonizzazione dei documenti dei Distretti ex ULSS 20, 21 e 22. Tale scelta si traduce fin da subito in alcune azioni concrete:

- formazione degli operatori, finalizzata a sostenere il "decentramento" da prestazioni erogate in prima persona a favore di azioni di mappatura delle risorse e di coinvolgimento corresponsabile del territorio;
- estensione ai distretti n. 3 e 4 del sistema informatico di raccolta dati già attivo nell'ULSS 20, al fine di utilizzarlo anche come strumento di monitoraggio e di programmazione dei Servizi sul territorio provinciale;
- introduzione di un modello di valutazione dei Servizi attento agli esiti sui beneficiari ed agli impatti generativi sulla comunità in termini di coinvolgimento e di esperienze solidali;
- condivisione di principi e logiche operative del Welfare di Comunità con gli Amministratori, in seno ai Comitati dei Sindaci.

La ripianificazione dei Distretti per l'anno 2017

La riprogrammazione 2017 è caratterizzata dalla conferma del sistema di servizi esistente con l'inserimento di alcune innovazioni ma, soprattutto, dalla ripresa di un lavoro di ricerca, confronto, conoscenza, condivisione, produzione di idee che si proietta già verso nuovi Piani di Zona distrettuali, che contribuiranno alla formulazione del Piano di Zona della nuova Azienda ULSS Scaligera.

Vediamo di seguito, in sintesi, gli elementi salienti della programmazione nelle diverse aree, che trova descrizione dettagliata nelle schede allegate.

Area Infanzia Adolescenza Famiglia

Il territorio è interessato da un fenomeno di "minori a rischio di pregiudizio e in situazione di pregiudizio" che sta emergendo in termini esponenziali e in forma critica. Solo 1/3 delle persone in questa condizione è straniera, e i minori che ne sono interessati appartengono alla seconda generazione, quindi nati nei Comuni del territorio. Pertanto appare necessario assumere una prospettiva in cui la delega dei Comuni non deve essere considerata una deresponsabilizzazione dell'Ente Locale e dei cittadini ma una forma di gestione associata delle attività di sostegno educativo, tutela, accompagnamento individuale e di gruppo tra tutti i Comuni associati nell'Azienda ULSS 9.

Per l'anno 2017, si confermano i Servizi sociali e sanitari già messi in campo, che si articolano – secondo una logica integrata – sulla base della finalità (preventiva, di supporto, riabilitativa) e l'intensità delle prestazioni erogate.

A fronte di questo "sistema di intervento" del Servizio Pubblico è importante riconoscere e sostenere le competenze e capacità di creare coesione sociale e di risposta di altri soggetti istituzionali del territorio, a partire dalle scuole, che rimangono un fondamentale luogo di prevenzione. Anche le parrocchie ed il volontariato, che realizzano attività per i minori (CAG, CER), costituiscono una risorsa preziosa del territorio da salvaguardare e sostenere.

Per quanto riguarda la prima infanzia, a partire dal Distretto 4 si può perseguire l'obiettivo di assicurare - attraverso nidi, micronidi, nidi aziendali e nidi integrati – la copertura territoriale del 33% fissato dal Consiglio europeo di Lisbona del 2000 e recepito dalla Regione Veneto con D.G.R. n. 3826/2007, visto che i territori di tutti i Distretti presentano una buona dotazione di servizi rivolti all'infanzia. Per quel che riguarda l'adolescenza sembra opportuno estendere il tavolo istituzionale dei Distretti 1 e 2 a tutto il territorio

provinciale, coinvolgendo le diverse Istituzioni interessate, a partire dal mondo della Scuola fino all'associazionismo (vedi Consulta delle Associazioni familiari del Comune di Verona).

Infine il coordinamento dei CASF – Centri per l’Affido e la Solidarietà Familiare – dovrà essere potenziato, vista la necessità di ricorrere allo strumento dell’Affido per attivare le risorse solidali nelle comunità locali.

Area Anziani

Il modello di intervento a favore degli anziani si fonda sul binomio residenzialità-domiciliarità e si concretizza in un’articolata rete di servizi sociali e sanitari che mira a fronteggiare l’isolamento e l’emarginazione, a sostenere l’invecchiamento nel proprio contesto familiare, a favorire il più possibile l’autonomia personale e limitare l’aggravarsi delle condizioni di salute, a garantire assistenza all’anziano nelle situazioni di fragilità o non autonomia, supportando anche il suo nucleo familiare.

La programmazione territoriale delle risorse è tesa a garantire l’integrazione e la continuità assistenziale tra i sistemi della domiciliarità e della residenzialità, in modo da riuscire a superare la settorializzazione degli interventi e la mancanza di una presa in carico unitaria.

Il modello sinora sperimentato richiede comunque lo sviluppo di una nuova fase di programmazione che dia garanzia di maggiore flessibilità quale presupposto di efficacia ed efficienza nel complesso dei servizi alle persone anziane. Va già in questa direzione l’attivazione di “posti sollievo” o delle accoglienze programmate, nonché l’attivazione di impegnative di residenzialità rivolte a determinate problematiche legate alle dimissioni protette presso alcuni centri servizi residenziali per anziani non autosufficienti, con l’obiettivo di accogliere temporaneamente persone anziane che non sono in grado di rientrare al proprio domicilio. Anche il progetto Centri Sollievo è diventato su tutto il territorio un modello di riferimento per la socializzazione delle persone affette da demenza e per il sostegno ai familiari, per permettere la permanenza al proprio domicilio.

Nel nuovo Piano di Zona si affronterà in maniera più organica la programmazione dell’offerta di residenzialità e semiresidenzialità per anziani, quale supporto fondamentale per una risposta “modulata” ai bisogni, con inserimenti sia temporanei sia definitivi “governati” di comune accordo all’interno di processi trasparenti ed equi in collaborazione tra ULSS, Comuni e Centri Servizi, cercando di uniformare i criteri valutativi ai fini della valutazione con SVAMA e con SVAMDI.

L’imminente promulgazione di una Legge Regionale sull’invecchiamento attivo e le caratteristiche demografiche che si prospettano per i prossimi anni impongono un nuovo slancio programmatico per valorizzare in senso “generativo” tutta quella popolazione anziana ancora in grado di offrire azioni di volontariato e di solidarietà nell’ambito di servizi di trasporto, di accompagnamento e di socializzazione.

Area Disabilità

La programmazione dei servizi socio-sanitari per le persone con disabilità è orientata dal modello bio-psico-sociale che l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha introdotto con la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF). Sostanzialmente si persegue, da una parte, il miglioramento delle capacità e delle performance adattive, dall’altra la partecipazione sociale nei diversi ambienti di vita, eliminando il più possibile condizioni di restrizione e di discriminazione.

In tale ottica l’Area della Disabilità ha cercato di indirizzare i Servizi dell’ULSS ed il Privato Sociale verso forme di sostegno alla domiciliarità ed alla residenzialità flessibili e innovative (DGR n. 739/2015), per rispondere in maniera più adeguata alle diverse esigenze delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

Dal confronto con i referenti dell’area Disabilità dei Distretti dell’Azienda ULSS 9 Scaligera è emersa la

necessità di potenziare alcune azioni di sistema:

- rivedere regolamenti di accesso ai servizi e processi organizzativi al fine di uniformare criteri di valutazione e rendere il più omogenea possibile sul territorio Aziendale l'offerta relativa ai Servizi per la Disabilità;
- mantenere un gruppo di lavoro permanente tra Azienda Ulss 9, Ufficio Scolastico di Verona, associazioni formative private relativo ai processi organizzativi e metodologici rispetto all'inclusione scolastica dei bambini con disabilità e rispetto alle situazioni di Disturbo Specifico dell'Apprendimento, prevedendo la valorizzazione a livello provinciale del modello di integrazione Scuola/ULSS sperimentato nel Centro "Accavolante", a chiusura del progetto sperimentale regionale e con l'apertura di nuovi percorsi rivolti alle situazioni di disabilità in età evolutiva, con particolare riferimento all'Autismo;
- partecipare ai patti territoriali per il lavoro (coordinamento e finanziamenti delle politiche attive del lavoro), anche in vista della definizione di azioni innovative per l'integrazione lavorativa e sociale, valorizzando l'importante lavoro avviato da molti dei Comuni di tutti i Distretti, in relazione con la Provincia di Verona e l'Agenzia Lavoro e Società;
- sviluppare un Tavolo Permanente della Disabilità, formato da rappresentanti dei Servizi ULSS, dell'Ufficio Scolastico Provinciale, di tutte le istituzioni rappresentative del Terzo Settore finalizzato alla promozione di nuove forme di intervento attraverso un lavoro congiunto con la comunità locale, anche in vista dell'attuazione della programmazione sul "Dopo di Noi" e dell'applicazione della D.G.R. n. 740/2015, nota come provvedimento sulle rette standard nei centri diurni.

Area Dipendenze

L'Area delle Dipendenze ha subito negli ultimi anni grandi mutamenti, quali la comparsa di sempre nuove e più pericolose sostanze di sintesi di facile reperibilità, l'abuso sempre più precoce di alcolici, l'aumento dei casi di dipendenza cronica e di pazienti che presentano comorbidità psichiatrica, i quali richiedono interventi specialistici integrati fra Dipartimento Dipendenze e Dipartimento di Salute Mentale, fra servizi sanitari e servizi sociali. A ciò si affianca l'esplosione del fenomeno del Gioco d'Azzardo Patologico, riconosciuto nei LEA all'inizio del 2017, con conseguente aumento di coloro che si rivolgono ai servizi per questo problema. Da non trascurare i problemi legati a persone straniere che si rivolgono ai Servizi con necessità di mediazione linguistica e culturale.

Di fronte a tutto questo sono fondamentali le iniziative di prevenzione, universale e selettiva, attivate nelle scuole e sul territorio, qui in collaborazione con le amministrazioni comunali ed il privato sociale: programmi di contrasto del fumo, dell'alcol, del gioco d'azzardo patologico, di promozione di stili di vita sani, di prevenzione degli incidenti stradali provocati dalla guida sotto effetto di sostanze stupefacenti o alcool, di prevenzione delle malattie trasmesse per via sessuale.

Un tema importante da affrontare tramite la collaborazione di servizi diversi (Materno Infantile, Salute Mentale, Dipendenze) riguarda gli adolescenti con gravi disturbi anche di tipo psichiatrico.

Il Dipartimento unico dovrà anche affrontare in un'ottica integrata e trasversale il nuovo approccio gestionale rispetto agli inserimenti in Comunità terapeutiche, a cui è stato attribuito direttamente un budget regionale, comprese le due Comunità diurne di tipo specialistico, presenti nel territorio dell'Azienda ULSS 9. D'intesa con il mondo scolastico andrà riprogrammata la gestione dei CIC (Centri di Informazione e Consulenza), presenti nelle scuole, in raccordo con le esperienze di Consultorio Adolescenti.

Area Salute Mentale

L'ambito della Salute Mentale, nel suo complesso, richiede la definizione di nuovi e aggiornati paradigmi

nell'assistenza psichiatrica pubblica in modo che siano più aderenti ai bisogni della popolazione.

In particolare è necessaria un'attività di prevenzione primaria, già in fase di sperimentazione rispetto agli esordi delle malattie mentali in età evolutiva e rispetto a persone con problematiche psichiatriche minori ma che, anche secondo i dati dell'OMS, rappresentano la maggioranza dei disturbi mentali nella popolazione generale (es. disturbi d'ansia, del tono dell'umore, dell'adattamento, forme sottosoglia, depressioni post-partum).

Altra importante iniziativa riguarda l'acquisizione di conoscenze verso modalità operative innovative, tali da poter affrontare i problemi dello stress quotidiano nella popolazione generale, fonte spesso di chiare patologie psichiatriche per il futuro, quindi anche questa iniziativa rientra nelle attività di prevenzione primaria.

Un problema emergente e in continuo aumento riguarda il disagio mentale nella popolazione straniera, da qui la necessità di organizzare percorsi assistenziali peculiari, come ad esempio un ambulatorio specialistico di etnopsichiatria.

Tra i tanti nodi da affrontare, vi è quello che riguarda la residenzialità psichiatrica, che si sta riorganizzando in percorsi assistenziali riabilitativi articolati secondo diversi gradi di protezione e di supporto assistenziale. Va in questa direzione l'attivazione di appartamenti per l'accoglienza di pazienti psichiatriche, capaci di discreta autonomia ma che necessitano comunque di supporti sociosanitari. Di pari passo va potenziata l'azione dei servizi territoriali per contrastare il ricorso alla residenzialità protetta mediante idonei supporti alle persone e alle famiglie interessate.

Una particolare attenzione andrà riferita alle situazioni multiproblematiche che interessano trasversalmente salute mentale, disabilità e dipendenze, su cui è stato avviato un tavolo tecnico, che mira a creare risposte integrate.

Marginalità e Inclusione Sociale - Immigrazione

L'area della marginalità raccoglie uno spettro di bisogni molto differenziato, sui quali si intersecano interventi nazionali (di contrasto alla povertà ed all'emarginazione, di accoglienza dei migranti richiedenti asilo), regionali e locali, a sostegno dell'occupazione e del diritto all'abitazione. E' importante perseguire l'individuazione di politiche di indirizzo che consentano la definizione di obiettivi organici e di interventi integrati.

Sono confermati i 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.

Proseguono gli interventi a favore delle persone senza dimora, per le quali sono previsti interventi di carattere economico, di inserimento in struttura o di reperimento di un alloggio, in collaborazione con i Servizi Sociali dei Comuni. Con essi si interviene anche a favore delle vittime di tratta e sfruttamento, su situazioni segnalate dalla Questura di Verona (ex art. 18 D. Lgs. n. 286/98).

Per quanto riguarda il complesso fenomeno dell'immigrazione, accanto a quanto è messo in campo dai Comuni, si rinnova l'obiettivo di programmare attività di mediazione culturale, alfabetizzazione, laboratori formativi per insegnanti, operatori sociali e socio-sanitari, nonché l'attivazione di specifiche forme di risposta – anche residenziali - a situazioni in condizioni di grave marginalità. Rispetto al sistema di accoglienza dei profughi denominato SPRAR, si sta lavorando per costruire progetti sovracomunali che permettano di coinvolgere il territorio e di ottimizzare le risorse. Anche in questo ambito si punta ad una maggiore integrazione pubblico-privato sociale, in modo da superare la parcellizzazione delle risorse e degli interventi.

Una risorsa nuova, nel Distretto 4, è rappresentata dall'adesione al progetto 2014 – 2020 PON Inclusione del MIUR. Tale progetto, denominato PON 22, è diventato il contesto dove condividere le politiche di inclusione

sia per quanto riguarda l'orientamento e inserimento lavorativo sia per quanto gli interventi di sostegno sociale ai singoli e ai nuclei in situazione di disagio.

Nelle azioni trasversali assume particolare importanza la già citata progettualità dei Patti Territoriali per il lavoro, su cui potrà svilupparsi una sinergia tra Comuni, Azienda ULSS, Centri per l'Impiego, Agenzia Lavoro e Società e Mondo Imprenditoriale, per promuovere percorsi di orientamento al lavoro quale risposta alle situazioni di fragilità e di disagio sociale.

Il percorso di ripianificazione

Nelle varie riunioni di area sono state presentate le indicazioni operative ed è stata illustrata dai Coordinatori la situazione dell'ambito oggetto di analisi, in termini di riscontro tra bisogni e sistema socio assistenziale di risposta, evidenziando eventuali criticità e prospettando nuovi indirizzi progettuali. Le fasi di riprogrammazione sono avvenute attraverso la convocazione del Gruppo di Coordinamento Tecnico al fine di concordare le modalità di attivazione dei Tavoli Tematici di Area e dare avvio al confronto con i vari componenti sui contenuti della Ripianificazione anno 2017. La Ripianificazione è stata approvata dal Comitato dei Sindaci dei Distretti n. 1 e n. 2 in data 30 maggio 2017, dal Comitato dei Sindaci del Distretto n. 4 in data 12 luglio 2017 e dall'Esecutivo/Comitato del Distretto 3 in data 11 luglio 2017. Le tabelle regionali, da quest'anno, sono corredate dei relativi provvedimenti di autorizzazione ed accreditamento riguardanti le diverse unità di offerta. I dati per la predisposizione della previsione anno 2017, come stabilito in fase di costruzione del Piano, sono costituiti dalla rappresentazione delle tabelle A (Risorse per area e tipologia di intervento) e B (Fonti di finanziamento per area di intervento). Tali tabelle di sintesi della Relazione Valutativa dell'anno precedente sono aggiornate all'aumento della variazione dell'indice ISTAT. Sono state predisposte, inoltre, le tabelle relative ai progetti. Gli Uffici di piano dei vari Distretti hanno condiviso le principali linee metodologiche e, pur con percorsi differenziati, hanno elaborato la documentazione riportata per ciascun territorio di ex ULSS, confluita in un unico atto deliberativo. L'inevitabile frammentazione territoriale va gradualmente superata per assumere una visione integrata del territorio e del sistema dei servizi nel loro insieme. Per fare ciò i tre Uffici di Piano si sono incontrati per condividere principi metodologici, confrontarsi, analizzare dati, processi e prefigurare ipotesi di sviluppo dell'assetto dei servizi sul territorio, evidenziando e discutendo omogeneità, convergenze e divergenze ma mirando a costruire comuni criteri attuativi del processo di ripianificazione. L'avvio di questa fase richiede la capacità di condivisione, la conoscenza e il rispetto delle altrui competenze per costruire comuni modalità all'interno del percorso di costruzione dei tre documenti di Piano, che dovranno necessariamente trovare una sintesi condivisa con gli Organismi dei Sindaci del territorio e diventare uno strumento dinamico, prevedendo percorsi congiunti nei territori dei Distretti per sviluppare una Organizzazione unitaria, pur nel permanere dei modelli operativi differenziati sulla base delle deleghe e dei percorsi storicamente radicati nel corso del tempo. Si tratta di un Pensare Globale e Agire Locale, che va gestito con l'impegno di tutti gli Attori in gioco. I documenti di ripianificazione sono stati recepiti dall'Azienda Ulss 9 Scaligera con propria **Deliberazione n. del** accompagnati alla presente relazione ed inviati alla Direzione Regionale dei Servizi Sociali per il previsto parere di congruità.