



**DOCUMENTO REGIONALE DI INDIRIZZO
PER LA PROGRAMMAZIONE DI ZONA 2011-2015
ANNO 2010**

Premessa

Il documento di indirizzo regionale rappresenta uno strumento a supporto della programmazione di zona delle politiche e del sistema integrato di interventi sociali e socio-sanitari per il periodo 2011-2015.

Come previsto nelle ultime Linee Guida per i piani di zona (DGR 157/2010), tale strumento è orientato a presentare le politiche di sostegno e sviluppo che la Regione Veneto intende promuovere nelle varie aree di intervento in ambito sociale e socio-sanitario, rispetto alle quali ciascun territorio è chiamato a declinare la propria programmazione locale, secondo i vincoli economici e procedurali previsti dalle normative di riferimento.

Il documento di indirizzo è finalizzato a sostenere l'integrazione istituzionale, in quanto funge da cornice per la programmazione locale, presentando obiettivi di sviluppo generali e specifici per area di intervento quali supporti e orientamenti utili alla definizione delle politiche e degli interventi territoriali; esso definisce anche dei vincoli per la programmazione locale, in coerenza con quanto definito nelle linee guida per i piani di zona, chiedendo il rispetto di alcuni contenuti soggetti a visto di congruità regionale.

Il documento di indirizzo intende anche superare la frammentazione dei processi di programmazione, allineando nel tempo e nella forma i diversi piani regionali di area e consentendo ai territori di programmare unitariamente e contestualmente, con il piano di zona, le politiche e gli interventi rivolte alle diverse fasce di popolazione, secondo le indicazioni regionali e gli obiettivi definiti a livello territoriale. Per rispondere a queste esigenze esso è strutturato in una parte generale, che richiama gli obiettivi generali del welfare regionale, cui segue una seconda parte articolata nelle stesse aree di intervento previste dalle recenti linee guida per i piani di zona:

- *famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizione di disagio, giovani*
- *persone anziane*
- *disabilità*
- *dipendenze*
- *salute mentale*
- *marginalità e inclusione sociale*
- *immigrazione*

In linea con quanto previsto nella normativa regionale e nelle ultime linee guida per la stesura dei piani di zona, il documento di indirizzo si occupa dell'insieme degli interventi sociali e socio-sanitari, continuando a sostenere la tradizionale integrazione tra ambito sociale e socio-sanitario che caratterizza la Regione Veneto. Nel rispetto delle competenze previste, il documento fornisce indicazioni più stringenti relativamente agli ambiti di competenza regionale e presenta una visione e spunti di indirizzo per orientare i territori nella propria programmazione territoriale dell'intero sistema di offerta.

Al fine di coniugare l'esigenza di avere una programmazione di medio periodo con la necessità di definire puntualmente il sistema di offerta e le risorse attivate nei territori, il documento di indirizzo regionale contiene, per ogni area di intervento, indicazioni su diversi livelli:

- La *vision*, ovvero l'insieme dei traguardi che ci si prefigura di raggiungere nel medio periodo;
- Le *priorità* e le *politiche* che la Regione ritiene fondamentali da governare, in quanto temi che hanno una rilevanza significativa in termini di diffusione o gravità di bisogno della popolazione, di impiego delle risorse, di sviluppo del sistema di welfare;
- Gli *indicatori*, ovvero le grandezze utili a leggere le differenze territoriali ed i cambiamenti nel tempo dei fenomeni su cui si interviene. A fronte dell'innomerevole quantità di dati disponibili, gli indicatori selezionati sono stati scelti in quanto collegati alle priorità ed alle politiche di intervento su cui si pone

l'attenzione nel seguente documento; essi rappresentano un primo set di indicatori di cui ciascun territorio dovrebbe tenere conto nella stesura della programmazione, per orientare le proprie politiche tenendo conto della situazione della propria realtà locale in rapporto con le altre zone della Regione. Tali indicatori potranno rappresentare un insieme di grandezze che permettono la lettura longitudinale del territorio, il confronto con la situazione regionale e, nel tempo, l'individuazione di alcuni valori ottimali conseguiti nelle zone più virtuose (*best-value*).

Sono presenti anche i riferimenti normativi che caratterizzano ciascuna area di intervento ed una sezione dedicata alle trasversalità, ovvero all'insieme delle politiche e degli interventi che richiedono una cooperazione attiva tra le diverse aree di intervento per affrontare le multi-problematicità o per rispondere alla popolazione in generale, al di là dei specifici target di riferimento in ciascuna area. Poiché tale questione appare ad oggi ancora non completamente risolta, né sul piano istituzionale, né su quello organizzativo ed operativo, in questa sezione sono identificate le principali criticità legate all'integrazione della programmazione e degli interventi delle diverse aree ed i principali obiettivi di lavoro che si intendono sostenere nel prossimo periodo.

Come si potrà evincere dalla lettura del documento, con il periodo di programmazione 2011-2015 si intende promuovere una maggiore vicinanza tra i diversi livelli di governance regionali, proponendo una maggiore e migliore integrazione degli strumenti di programmazione ed anche una maggiore flessibilità degli stessi nel tempo. Per tali motivi, dopo questo primo documento di indirizzo ne seguiranno altri per gli anni successivi, finalizzati ad aggiornare gli orientamenti regionali rispetto ai mutamenti sociali, politici ed economici, nonché rispetto ai ritorni della programmazione locale mediante i piani di zona 2011-2015 e le successive revisioni annuali degli stessi con le relazioni valutativo-previsionali.

Indice del documento

Premessa

1. Il sistema di welfare Veneto
2. Famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizione di disagio, giovani
3. persone anziane
4. disabilità
5. dipendenze
6. salute mentale
7. marginalità e inclusione sociale
8. Immigrazione
9. Le trasversalità
10. I riferimenti normativi

1. Il sistema di Welfare Veneto

I nuovi piani di zona si presentano con la duplice veste di consentire la verifica dell'esistente e proporre interventi innovativi; rappresentano quindi il momento nel quale verificare se quanto programmato è stato realizzato e indurre gli attori a definire il loro intendimento, richiedendo al territorio uno sforzo nell'individuare obiettivi generali a medio termine e nel programmare, per quanto oggi possibile, gli interventi del prossimo periodo. Al fine di rendere concreta ed efficace la programmazione essa si dovrà basare sul quadro conoscitivo attualmente disponibile, anche con riferimento alle risorse economiche. Il modello organizzativo deve tendere al raggiungimento di livelli qualitativi ottimali nei limiti di bilancio attribuiti, pertanto la programmazione regionale e locale deve essere finalizzata a prevedere (nei limiti del possibile) e gestire i processi di cambiamento, secondo le strategie e le politiche declinate ai diversi livelli. Sulla base del quadro strategico e politico definito, ciascun territorio programmerà puntualmente soltanto le azioni oggi prevedibili con le risorse economiche disponibili, lasciando i margini per poter integrare e modificare la programmazione nei successivi momenti di revisione, in base agli eventuali cambiamenti sociali, politici ed economici intervenuti.

In particolare, in prospettiva regionale si possono richiamare i seguenti obiettivi generali:

- centralità della persona, attenzione ai suoi bisogni e flessibilità del sistema di offerta per rispondere alle esigenze dell'individuo e della sua famiglia;
- promozione dei livelli qualitativi ottimali nei limiti di bilancio presenti;
- centralità del territorio ed in particolare del distretto per la programmazione e gestione integrata degli interventi: il distretto deve perseguire l'obiettivo specifico di una sempre maggiore capacità di gestione integrata, all'interno del più generale assetto delle cure primarie, dell'offerta di domiciliarità, residenzialità e semiresidenzialità. Proprio a tal fine si invitano i territori regionali a definire la programmazione locale di zona in coerenza con il piano delle cure primarie del proprio territorio.

Ai fini della valutazione del piano di zona, per il rilascio del *visto di congruità* (DGR N. 157/2010, art. 4) la Direzione regionale ai Servizi Sociali terrà conto dei seguenti elementi:

- Presenza nel piano di zona di una specifica programmazione per ciascuna delle aree di intervento previste nelle linee guida per la predisposizione dei piani di zona 2011-2015 (DGR 157/2010);
- Descrizione delle modalità di coinvolgimento dei diversi attori locali nella programmazione di zona;
- Indicazione delle funzioni per cui si realizza una gestione associata tra i diversi enti del territorio, con l'individuazione delle modalità scelte per garantire la gestione unitaria (cap. 4 deg 157/2010);
- Rispetto dei contenuti previsti per la stesura del piano di zona ed in particolare:
 - Descrizione per area delle priorità di intervento
 - Descrizione per area delle politiche di intervento
 - Descrizione per area delle azioni di mantenimento, sviluppo, innovazione previste per il periodo 2011-2015
 - Definizione del quadro dei finanziamenti attivati (per fonte) e impiegati (per tipologia di intervento) almeno per l'anno 2011
- Coerenza delle politiche e delle azioni con le indicazioni regionali previste nel presente documento (in particolare vision e politiche identificate in ciascuna area di intervento)
- Coerenza delle azioni descritte con i vincoli economico-finanziari definiti nella legislazione e nei provvedimenti regionali.

2. Famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizioni di disagio, giovani

2.1. La vision

Porre attenzione al processo di cambiamento della famiglia e delle reti sociali, per far crescere la loro capacità di essere motori della realizzazione personale e di sviluppo della persona, consentendole di:

- *Consolidare le reti di solidarietà*
- *Riequilibrare i ruoli di promozione e cura tra rete familiare e supporto pubblico*
- *permettere alla donna di conciliare la sua presenza nel mercato del lavoro e la centralità nei processi famigliari*

Tutelare i minori soli e coloro che vivono in contesti famigliari a rischio o in condizione di disagio.

Promuovere il benessere degli adolescenti e dei giovani nei loro contesti di vita.

La Regione del Veneto, nel perseguire la realizzazione di un'organica ed integrata politica di sostegno alla genitorialità e nel riconoscere a pieno titolo soggetti di diritto anche i minori di età, ha proposto finalità e risorse destinate alla famiglia investendo sullo sviluppo delle aree relative a:

- Politiche e Coordinamento Piani e Programmi per la Famiglia;
- Promozione delle Persone e della Famiglia;
- Politiche per Adolescenti e giovani (orientativamente tra i 14 ed i 30 anni);
- Sostegno alla tutela e protezione di minori;
- Sostegno e promozione della prima infanzia (interventi per la fascia di età 0-3 anni e attività di sostegno per i bambini in età 3-6 anni).

Tali politiche si sviluppano in considerazione della necessità di potenziare gli interventi che accompagnano la famiglia lungo tutto il corso di vita, promuovendo azioni e opportunità attraverso servizi sempre più "relazionali" in cui riconoscere, sostenere, promuovere, aiutare il soggetto e la famiglia senza sostituirsi ad essi con modalità che favoriscano l'emergere delle potenzialità; si sceglie di superare la logica assistenziale, avviando un nuovo corso di politiche pubbliche nei diversi settori d'intervento: casa, lavoro, trasporti, servizi, tempo libero, orari, assistenza, cura, sostegno e protezione, in cui la famiglia diventa di diritto soggetto attivo e propositivo.

La Regione del Veneto, a livello Europeo, con la DGR 572/08 ha previsto una ampia programmazione che si estenderà fino al 2013 e che interesserà, oltre al settore socio-sanitario, anche la ricerca, lo sviluppo e l'innovazione. L'apertura all'Europa rappresenta una formidabile occasione per: promuovere e facilitare lo scambio di informazioni e di buone pratiche sul ruolo dell'organizzazione dei servizi sociali, sul sistema dei servizi esistenti e sulle possibili linee di sviluppo.

L'ampia programmazione include diverse aree che interessano: minori, giovani, anziani, disabili e famiglia.

L'obiettivo principale che si intende perseguire, grazie ad un forte coinvolgimento dei diversi assessorati, e delle strutture organizzative di riferimento pubbliche e private, è la realizzazione di una programmazione complessiva, in parte già contenute in alcune proposte di legge.

Ciò comporta una politica di valorizzazione e sostegno delle diverse funzioni (sociale, riproduttiva, educativa, economica) che la famiglia assolve nella società, nell'ambito di una strategia complessiva capace di innovare realmente le politiche per la famiglia e creare i presupposti per un territorio sensibile verso tali tematiche.

Nell'area Famiglia, Infanzia, Adolescenza, Minori in condizione di disagio e Giovani gli obiettivi strategici previsti per gli anni 2011 – 2015 si articolano a partire da tali premesse e richiedono ai diversi ambiti territoriali lo sforzo di una declinazione degli obiettivi strategici in azioni e servizi che, pur mantenendo un

target definito, siano in grado di interconnettere saperi, risorse e idee diverse a servizio della famiglia, quale centro di redistribuzione del reddito e delle rendite ma soprattutto nucleo primario di qualunque welfare, in grado di tutelare i deboli e scambiare protezione e cura, laddove Welfare si intende un "ben-essere" generato né individualmente, né attraverso dispositivi burocratici (Stato) o mercantili (mercato), bensì mediante relazioni tra attori sociali diversi.

2.2. Le politiche e gli indicatori

In base a quanto definito nella vision relativa alla presente area, la principale priorità trasversale definita a livello regionali è quella di sostenere lo sviluppo di tutti gli interventi ripensandoli nell'ambito di politiche integrate che vedono il soggetto e la famiglia quale centro del sistema di welfare.

In particolare, in riferimento ai target di intervento di cui si occupa prioritariamente tale area, sono identificabili le seguenti priorità ed i seguenti obiettivi:

a. Politiche per la famiglia

- promozione della famiglia e dei servizi dedicati:

- sviluppo di interventi di promozione della socializzazione e delle relazioni tra famiglie e tra generazioni
- incentivazione ad azioni coordinate per la promozione della famiglia (ad esempio definizione di politiche e strategie per il coordinamento dei tempi di vita -tempi lavoro, tempi città- incremento e coordinamento degli interventi relativi al marchio famiglia e loro articolazione, ecc);
- recepimento e attuazione delle linee guida sul servizio consultori familiari

- promozione e sostegno alla genitorialità:

- incentivazione degli interventi consultoriali pubblici e privati (ad esempio percorsi nascita, percorsi genitori, sostegno alla famiglia adottiva, ecc)
- incentivazione delle attività degli enti locali e del privato sociale (ad esempio centri famiglia, reti di solidarietà tra famiglie, associazionismo familiare, sportelli famiglia, scuole per genitori, ecc)
- politiche e azioni per garantire l'integrazione tra attività consultoriali e l'ospedale

- sostegno e protezione della genitorialità:

- sviluppo e potenziamento dell'affido familiare
- programmazione di politiche e interventi di sostegno/sgravi di ordine economico e tariffario
- sviluppo della mediazione familiare
- raccordo con i CAV (Centri Aiuto alla Vita) e altri servizi territoriali privati

a.1 Indicatori:

- tasso di solidarietà (fonte: rilevazione ISTAT sui consumi delle famiglie italiane)
- tasso di occupazione femminile (fonte: ISTAT - rilevazione continua sulle forze di lavoro)
- numero progetti previsti nel piano di zona 2011-2015 in cui il soggetto principale destinatario è la famiglia;
- n. di attività sulla genitorialità attivate nel 2010
- presenza di accordi di programma, protocolli, intese sottoscritti tra consultori familiari e ospedali
- n. famiglie disponibili all'affido o ad altre forme di accoglienza/n° famiglie residenti
- n. reti familiari/n. famiglie residenti
- n° minori allontanati affidati in famiglia/n° minori allontanati inseriti in comunità per minori

b. Politiche per i bambini

- promozione al benessere:

- promuovere le azioni che sostengono il potenziamento dei servizi educativi per l'infanzia, (Dgr 84/2007, "nido in famiglia" Dgr 674/08)
- promuovere la diversificazione delle tipologie di intervento rivolte all'infanzia (esempi: spazio giochi, centro bambini famiglia, ecc.)
- promozione di interventi di educazione alla genitorialità, cittadinanza, socialità e salute
- **protezione e tutela:**
 - sviluppo della collaborazione e dell'integrazione fra i servizi (esempi: regolamento UVMD, protocollo con le scuole, piante organiche, ecc)
 - consolidamento dei processi di deistituzionalizzazione e promozione delle risorse accoglienti incluso la stabilizzazione delle attività territoriali relativamente alle azioni per i tutori volontari (esempi: programmazione dei servizi del privato sociale a disposizione negli ambiti o nelle aree vaste inclusi - quelli rivolte a particolari problematiche vedi disturbi comportamento/disabilità ecc)
 - sviluppo delle forme di contrasto e cura delle situazioni di grave maltrattamento e abuso sessuale (esempi: coordinamento dei centri provinciali con i servizi tutela)
 - sviluppo dei processi di accompagnamento dei percorsi adottivi (esempi: sostegno all'adozione del bambino adottato con fragilità)

b.1 Indicatori:

- n° servizi prima infanzia autorizzati e accreditati anno 2010/n° servizi prima infanzia autorizzati e accreditati anno 2009
- n° posti nei servizi per la prima infanzia/popolazione residente in età 0-3 anni
- presenza dell'atto di recepimento dgr 2416/08
- presenza dell'atto per la gestione condivisa e/o associata degli interventi di tutela tra i comuni del territorio
- n. di progetti quadro costruiti/n. dei minori accolti in comunità
- tasso di reinserimento in famiglia di minori allontanati nel 2009 (n° minori rientrati in famiglia di origine/n° minori allontanati dalla famiglia di origine)
- tempo medio di permanenza fuori dalla famiglia dei minori allontanati (espresso in giorni) per l'anno 2009
- costo medio giornaliero delle comunità per minori per l'anno 2009

c. Politiche per gli adolescenti e i giovani

- **Promozione al benessere:**
 - incentivazione ad azioni coordinate per la promozione, attuazione e programmazione di interventi a favore dei giovani (ad esempio: informazione, lavoro, volontariato, servizio sociale, cultura, creatività, sport, ecc.)
 - promozione di forme consultive (esempi: forum, consulte giovani, ecc.)
- **Sostegno a adolescenti e giovani:**
 - programmazione di servizi per adolescenti e definizione delle modalità di integrazione con le risorse rivolte alla generalità dei giovani
 - Programmazione di interventi che perseguano in particolare le seguenti finalità: prevenzione, educazione alla sicurezza/legalità, promozione cittadinanza e responsabilità sociale
 - Promozione di politiche coordinate per favorire l'autonomia dei giovani (ad esempio spazi giovani, informa giovani, spazi di ascolto, sportelli di ascolto nelle scuole, attività formative,

interventi rivolti a minori che commettono reati, in situazioni di disagio psichico/psichiatrico, ecc)

c.1 Indicatori:

- n° dei comuni del territorio che attuano interventi strutturati ed organici nei confronti di adolescenti e giovani/n° dei comuni del territorio
- presenza di forme per la gestione associata degli interventi tra comuni

3. Persone anziane

La Regione del Veneto si è mossa ormai da decenni nella direzione di sostenere e accompagnare l'età anziana, con una serie di politiche che, intersecandosi tra loro, hanno prodotto una rete di interventi di sostegno sociale, economico, assistenziale, a domicilio, nei centri diurni e nelle residenze protette, con un notevole incremento delle risorse impegnate.

L'invecchiamento progressivo della popolazione e gli interventi a questo dedicati devono essere considerati nella valutazione complessiva del valore delle risorse assegnate e tenendo conto dell'esigenza di una maggiore, più efficace ed efficiente organizzazione del sistema dedicato alle persone anziane. Le politiche per le persone anziane sono rivolte a tutta la popolazione di età uguale o maggiore di anni 65, con particolare attenzione agli over 75 in favore dei quali già è prevista una specificità già per quanto attiene la definizione complessiva del fabbisogno di residenzialità.

I progressi scientifici hanno portato benefici in tutte le classi d'età inclusi gli anziani, con la conseguenza demografica più rilevante rappresentata dal rapido e marcato invecchiamento della popolazione. Le implicazioni sanitarie e sociali, oltre che economiche, di questi fenomeni sono molto profonde e lo saranno ancora più proprio dal 2011 quando la generazione dei nati tra il 1946 ed il 1964 inizierà ad entrare nel gruppo degli ultra sessantacinquenni. Pertanto con l'evolversi del livello di salute anche nella popolazione anziana, l'attenzione va focalizzata sulle fasce di età più avanzate.

3.1. La vision

Porre attenzione al processo di invecchiamento della popolazione, sostenendo politiche di promozione del benessere della persona anziana, al fine di:

- *favorire l'invecchiamento nel proprio contesto di vita mantenendo il più a lungo possibile l'autonomia personale e limitando l'aggravarsi delle condizioni di salute*
- *garantire assistenza all'anziano nelle situazioni di fragilità o non autonomia*
- *essere di supporto alla sua famiglia*

ponendo al centro la persona e sostenendone la libertà di scelta.

Sotto un profilo generale il modello di intervento adottato nelle politiche per le persone anziane, fondato sul binomio residenzialità-domiciliarità, pur rispondendo ad un'ampia fascia di bisogni prioritari nella popolazione anziana, presenta anche dimensioni di criticità che richiedono di essere affrontate e superate e che riguardano l'esigenza di focalizzare i problemi relativi alla:

- settorializzazione e parcellizzazione degli interventi,
- mancanza di una presa in carico unitaria.

A tal fine si confermano gli obiettivi strategici già definiti nelle DGR di riferimento delle politiche per le persone anziane, ossia:

- la centralità del cittadino;
- il diritto alla libera scelta;

- la programmazione territoriale delle risorse.

Per garantire la centralità del cittadino e la libera scelta si rende necessaria la presa in carico globale della persona e la qualificazione dell'intero sistema socio-sanitario e assistenziale rivolto in particolare alle persone non autosufficienti.

In tale logica il sistema della residenzialità è inserito nella rete dei servizi alla persona, nell'ambito della programmazione territoriale mediante i Piani di Zona, e trova nella scheda SVAMA la procedura ormai ampiamente riconosciuta per la definizione della condizione di non autosufficienza e per l'accesso ai Centri di Servizio territoriali.

Tuttavia, il modello fino ad ora implementato richiede lo sviluppo di una nuova fase di programmazione che dia *garanzia di maggiore flessibilità* quale presupposto di efficacia e efficienza nel complesso dei servizi alle persone attraverso:

1. la promozione e la tutela della qualità di vita dei cittadini anziani in situazione di fragilità, in particolare delle persone che rischiano l'esclusione da un contesto familiare;
2. 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;
3. la garanzia 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;
4. la garanzia del diritto alla libera scelta, che nel campo della residenzialità si concretizza nella facoltà del cittadino di scegliere il Centro Servizi maggiormente rispondente ai bisogni in riferimento alla proprie aspettative di assistenza socio-sanitaria e sociale e alle condizioni economiche;
5. per quanto attiene specificatamente la domiciliarità risulta indispensabile ora proporre interventi atti a superare la carenza di riferimenti normativi relativi a standard organizzativi e professionali dei servizi della domiciliarità.

Il costante aumento dell'incidenza della popolazione anziana, ha imposto alla Regione Veneto la necessità di definire politiche di promozione del benessere della persona, per prevenire aggravamenti delle condizioni di salute, per garantire assistenza all'anziano nelle situazioni di fragilità o non autonomia e per essere di supporto alla sua famiglia.

In considerazione dell'importanza di mantenere l'anziano nel proprio ambiente familiare e nel proprio contesto abitativo e sociale, e della tendenza diffusa delle famiglie ad accudire in casa le persone in condizione di non autosufficienza, da alcuni anni l'orientamento delle politiche sta assecondando la permanenza della persona anziana nel proprio domicilio e sta riservando 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.

Ciò richiede la ricerca di sinergie e di forme di collaborazione nella programmazione dei servizi per far convergere le risorse della domiciliarità, della residenzialità e dei servizi sanitari verso obiettivi condivisi e interventi coordinati in percorsi di pianificazione territoriale.

Ad integrazione di quanto già contenuto nei provvedimenti sopra citati, si forniscono ulteriori disposizioni e indicazioni, a risoluzione, soprattutto, delle criticità riscontrate dal 2007 al 2009.

Particolare attenzione va posta alla gestione integrata, all'interno del più generale assetto delle cure primarie, 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 questo ambito il distretto deve perseguire l'obiettivo specifico di una sempre maggiore capacità di gestione integrata, all'interno del più generale assetto delle cure palliative, dell'offerta di residenzialità e semiresidenzialità per anziani, come deve essere per disabili e minori.

3.2. Le politiche e gli indicatori

Da sempre la Regione del Veneto ha attuato politiche che hanno determinato la priorità del sistema della domiciliarità che si compone di un insieme di opportunità date ai cittadini e alle famiglie di accedere a interventi di natura sociale, socio-sanitaria e sanitaria, per sostenere la scelta della permanenza a domicilio della persona in condizioni di dipendenza assistenziale. Si tratta di un sistema di offerta, nel quale l'integrazione tra le diverse componenti si realizza nell'incontro tra diverse responsabilità in cui, da una parte le professionalità sociali e sanitarie accompagnano il cittadino nella lettura dei bisogni, nell'orientamento alle risorse accessibili e durante il percorso evolutivo della situazione di bisogno, e dall'altra il cittadino effettua le sue scelte.

Sotto il profilo istituzionale, l'integrazione si fonda sulla messa in rete di risorse economiche, di servizi, di professionalità, di percorsi diagnostici e assistenziali, di tipo sanitario e di tipo socio-assistenziale, definiti nella programmazione locale per la domiciliarità.

Il sistema della domiciliarità si compone di:

- politiche di promozione della domiciliarità realizzate per le persone anziane e per le loro famiglie;
- politiche di sostegno della domiciliarità delle persone in condizioni di dipendenza assistenziale.

Le politiche di promozione si fondano su una visione unitaria dei bisogni e delle esigenze delle persone, in genere anziane, che va oltre la rete dei servizi, e che prende in considerazione le dimensioni del vivere quotidiano: abitare, muoversi, divertirsi, fare sport, mantenersi in buona salute, curarsi, fruire di cultura, socializzare e mantenere relazioni sociali significative, viaggiare, vivere in sicurezza, utilizzare le nuove tecnologie.

L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza nell'offerta ai cittadini di tre aree di intervento:

- interventi di assistenza domiciliare a supporto alla famiglia: assistenza domiciliare sociale, sanitaria e integrata socio-sanitaria;
- interventi di sostegno economico, come gli assegni di cura e i contributi economici alle persone e alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, della tipologia e delle modalità di assistenza fornita, della situazione economica;
- interventi di sollievo alla famiglia, centri diurni, ricoveri temporanei, soggiorni climatici per persone in situazione di dipendenza assistenziale.

Pur favorendo la domiciliarità, la Regione Veneto sostiene e promuove le forme di risposta di tipo residenziale, tali da consentire a chi non fosse più in condizioni di vivere presso il proprio domicilio, di trovare soluzioni abitative che rispondano alle proprie esigenze, con particolare attenzione alle persone non autosufficienti. In questa logica trova ampia attuazione il concetto di Centro di Servizio che si configura come il superamento del concetto di casa di riposo. Il singolo nel Centro di Servizio trova una risposta articolata che va dal supporto alla domiciliarità con la fornitura di pasti a domicilio, di riabilitazione a domicilio o anche di intervento a carattere sanitario a domicilio allo scopo di evitare impropri ricoveri che sono un costo per la collettività. Il centro di servizio si configura come il luogo ideale dove anche l'UVMD si rivolge qualora sia necessario una risposta articolata su più livelli diversi di complessità. Attraverso la logica del centro di servizio potremo superare la separatezza degli interventi e favorire la presa in carico globale con progettualità condivise e corrispondenti alle esigenze del singolo, ma anche alle esigenze della collettività sotto un profilo di

economicità dei servizi. Già nei precedenti Piani di Zona molti di queste sperimentazioni hanno avuto modo di verificare l'effettività della proposta come una risposta a rete sia a problemi consolidati che emergenti.

Nell'ambito di tali politiche generali di intervento, si individuano le seguenti quali prioritarie:

a. *Sostenere la libera scelta del cittadino nell'accesso ai servizi in relazione alle sue specifiche esigenze.*

a.1. *Obiettivi:*

- Attuare interventi per favorire la fruibilità delle informazioni al singolo cittadino e alla sua famiglia;
- Verificare la dotazione di posti letto nelle singole realtà territoriali favorendo la realizzazione di nuovi posti letto al fine di garantire l'uniforme fruibilità in tutto il territorio veneto, procedendo con la verifica delle proposte e delle realizzazioni;
- Favorire percorsi che permettono al cittadino la libera scelta della risposta alle proprie esigenze;
- Favorire percorsi che garantiscano la partecipazione del cittadino alla predisposizione del piano assistenziale individualizzato;
- Verificare l'attuazione dei regolamenti delle UVMD;
- Verificare che i regolamenti delle UVMD e le procedure di accesso contemplino l'espressione della libera scelta del cittadino per l'accesso ai servizi residenziali;
- Verificare i percorsi che consentono la mobilità delle persone anziane già inserite nei servizi residenziali, al fine di favorire l'inserimento nella struttura prescelta dal cittadino;
- Verificare l'attuazione del Registro Unico della Residenzialità;
- Definire i criteri per stabilire i percorsi diretti alla residenzialità.

a.2. *Indicatori:*

- persone che hanno ottenuto la mobilità tra centri di servizio rispetto ai richiedenti nell'anno 2009 (n. di persone che hanno ottenuto la mobilità / n° di persone che hanno richiesto la mobilità tra centri di servizio della stessa Azienda ULSS o di Aziende ULSS diverse);
- N. di impegnative dedicate alla assistenza temporanea sul totale impegnative assegnate nell'anno 2009;

b. *Migliorare la qualità di vita delle persone inserite nei Centri di servizio residenziali:*

b.1. *Obiettivi:*

- Promuovere forme di partecipazione attiva delle persone inserite e dei famigliari;
- Incentivare la partecipazione degli utenti e/o dei loro famigliari alle procedure di vigilanza previste per i centri di servizio residenziali;
- Verificare lo stato di attuazione della LR 22/02;
- Verificare la dotazione di personale al fine di raggiungere il fabbisogno come da indicatori regionali per tutte le figure professionali in particolare per quelle in area sociale;
- Verificare i percorsi formativi del personale;

b.2. *Indicatori:*

- N° comitati dei famigliari presenti/n° centri di servizi del territorio
- N. di Centri di Servizio che hanno ottenuto l'accreditamento/n° complessivo centri di servizio del territorio;
- N. di Centri di Servizio che hanno presentato la domanda di autorizzazione all'esercizio/n° complessivo centri di servizio del territorio;
- N. percorsi formativi per professionalità realizzati nel territorio per l'anno 2009.

c. *Superare la logica delle Case di Riposo per spostarsi verso la piena attuazione dei Centri di Servizi per le persone anziane:*

c.1. Obiettivi:

- Promuovere progetti integrati tra Centri di Servizi e territorio;
- Favorire l'utilizzo da parte delle persone anziane del territorio di spazi, attività, prestazioni erogate dai Centri di Servizi;
- Favorire la valorizzazione di Centri di Servizio che danno prestazioni articolate e plurime;

c.2. Indicatori:

- N° dei progetti di raccordo tra centri di servizio e territorio;

d. *Promuovere una presa in carico globale della persona anziana, superando la logica dell'erogazione di singole prestazioni:**d.1. Obiettivi:*

- Sostenere l'integrazione tra i diversi servizi del territorio rivolti alle persone anziane;
- Favorire l'integrazione delle procedure di informazione, accoglienza e monitoraggio dei casi in carico;
- Disciplinare in modo integrato (Conferenza dei Sindaci e Azienda Ulss – DGR 5273 del 29.12.1998) le modalità organizzative e gestionali del servizio ADI;

e. *Favorire la domiciliarità delle persone anziane, impiegando in modo flessibile le risorse disponibili:**e.1 Obiettivi*

- Estendere la copertura del fabbisogno nel territorio delle diverse forme di ADI, considerata nella sua unitarietà (comprensiva dell'apporto sanitario e dell'apporto sociale), quale modalità assistenziale in cui diverse figure professionali sanitarie e sociali concorrono presso il domicilio della persona alla realizzazione del progetto individuale di assistenza;
- raggiungimento del 2% del tasso di copertura popolazione anziana con gli interventi domiciliari (ADI)
- Migliorare il sistema di interventi economici di supporto alle famiglie (si confermano i criteri e procedure relative all'assegno di cura previste dalle DDGR N. 4135 DEL 19.12.2006, N. 287 DEL 12.02.2008, N. 3591 del 24.11.2009);
- Promuovere la programmazione e gestione coordinata e condivisa, tra le Aziende ULSS e Comuni, delle risorse regionali assegnate con il riparto regionale per l'assegno di cura, in ragione degli obiettivi perseguiti dal progetto individuale di assistenza approvato dalla UVMD. I Comuni possono integrare con loro risorse incrementando le disponibilità finanziarie rispetto a quanto assegnato con riparto regionale;
- Mantenere il servizio di Telesoccorso – Telecontrollo garantito dalla Regione: la Regione sostiene tutti i costi connessi all'intervento di telesoccorso-telecontrollo, riconoscendo la facoltà agli Enti Locali di richiedere una quota di partecipazione agli utenti del servizio, disciplinata con apposito regolamento nel rispetto delle indicazioni contenute nella DGR 39/2006 e nei criteri che verranno definiti in attuazione della Legge Regionale n.30/09;
- 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.

- Migliorare le modalità di integrazione dei servizi assistenziali sostenuti dalla famiglia con una rete di servizi sul territorio, quali i centri diurni, ricoveri di sollievo, al fine di assicurare risposte adeguate ai bisogni delle persone.

e.2. Indicatori:

- Tasso di copertura della popolazione anziana con interventi domiciliari ADI (n° persone anziane in carico ai servizi domiciliari ADI anno 2009/popolazione anziana residente al 31/12/2009);
- Rapporto operatori socio-sanitari sulla popolazione anziana per l'anno 2009 (n° operatori socio-sanitari equivalenti/n° persone anziane residenti nel territorio)
- Rapporto assistenti sociali dedicati agli anziani sulla popolazione anziana per l'anno 2009 (n° assistenti sociali equivalenti /n° persone anziane residenti nel territorio)
- n° utenti che hanno usufruito dell'assegno di cura per l'anno 2009/popolazione over 64 anni ;
- n° risorse complessive impegnate per l'assegno di cura, anno 2009/popolazione over 64 anni
- n° utenti che hanno usufruito del servizio di telesoccorso-telecontrollo per l'anno 2009;
- n° risorse regionali impegnate per il servizio, anno 2009.
- N° progetti del Piano di Zona che si avvale della quota dello 0,5% delle risorse assegnate all'Azienda Ulss;
- numero di associazioni coinvolte
- percentuale di risorse destinate nel Piano di Zona a interventi di sollievo per la famiglia;
- numero di utenti per interventi di sollievo nell'anno 2009;
- numero posti pro-capite dedicati all'accoglienza temporanea (n° posti nelle strutture residenziali dedicati all'accoglienza temporanea di persone anziane/popolazione anziana residente al 31/12/2009)

4. Disabilità

La Legge 104/92 ha promosso l'avvio di un processo di sensibilizzazione sociale che nell'ultimo ventennio, anche se con difficoltà ancor oggi presenti, ha modificato sostanzialmente l'approccio alla disabilità, alla vita delle persone, delle famiglie e dei servizi assistenziali. Si è passati infatti da un approccio focalizzato sulla disabilità come menomazione alla considerazione della disabilità come svantaggio sociale (handicap) susseguente alla menomazione, per giungere infine ad una nuova concezione della disabilità fondata sulla classificazione ICF approvata dall'OMS. La disabilità viene definita come una condizione della vita, riaffermando il valore centrale della persona umana, delle sue attività e delle sue possibilità di partecipazione attiva alla vita sociale.

Le politiche regionali per le persone con disabilità, si rivolgono in linea generale a coloro che presentano permanenti menomazioni fisiche, mentali, intellettive e sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri (art. 1, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità). Le procedure operative definiscono livelli e soglie per l'accesso alle diverse forme di intervento da parte delle persone disabili.

4.1. La vision

Sostenere la persona disabile e la sua famiglia lungo tutto il ciclo di vita (prima infanzia, età scolare, età adulta, età anziana), consentendole di:

- *Valorizzare le proprie risorse e competenze, compatibilmente con il livello di gravità della persona disabile*
- *Essere integrato nel contesto familiare, scolastico, sociale e lavorativo (ove possibile)*
- *Essere protagonista nelle proprie scelte di vita, anche promuovendo la differenziazione, l'integrazione e la flessibilità delle forme di risposta in base alle esigenze personali e familiari*

La Regione del Veneto nel costruire un sistema di servizi e di interventi a favore delle persone con disabilità, ha ricompreso in una logica unica una molteplicità di interventi monodimensionali, attraverso la messa a fuoco di due esigenze prioritarie, da contemperare: struttura e flessibilità.

Negli anni scorsi, attraverso il Piano Locale della Disabilità, si è dato inizio ad una programmazione unitaria che ha visto coinvolti tutti i soggetti istituzionali e della comunità, in un ottica di integrazione e di valorizzazione delle opportunità e delle risorse, definendo gli obiettivi e le finalità del sistema dei servizi e degli interventi territoriali a favore delle persone con disabilità.

I disposti di cui alla predetta DGR 1859/2006, ai sensi dei quali sono stati realizzati dalle Aziende ULSS e dalle Conferenze dei Sindaci, i Piani Locali della Disabilità, continuano a rimanere i cardini entro cui si sviluppano le politiche regionali in favore delle persone disabili.

Ai fini della programmazione in area Disabili, si confermano gli indirizzi regionali, di cui alla predetta DGR 1859/2006, che si possono riassumere nei seguenti punti:

- *centralità della persona e della famiglia;*
- *attenzione alle condizioni di gravità;*
- *sostegno all'integrazione socio sanitaria;*
- *programmazione territoriale degli interventi;*
- *attenzione al processo di presa in carico;*
- *implementazione e diffusione della scheda SVaMDi/ICF;*

- *progettazione individuale degli interventi approvata dall'UVMD.*

Il sistema di programmazione unitaria degli interventi per la disabilità grave ha creato i presupposti per la progettazione congiunta degli interventi per la disabilità grave e per la personalizzazione degli stessi, determinando in ogni territorio la ricognizione delle persone con disabilità grave e gravissima e delle loro esigenze che ha prodotto la dimensione del bacino d'utenza dei servizi domiciliari attuali e residenziali futuri.

Va inoltre ricordato che un buon livello di integrazione scolastica e lavorativa pone le premesse e rende effettiva l'inclusione della persona con disabilità nella società. Tale realtà si rispecchia in una successiva minore richiesta di servizi e prestazioni a carattere domiciliare e residenziale.

Ad integrazione di quanto sopra, il presente documento intende presentare ulteriori disposizioni e indicazioni, a risoluzione delle criticità riscontrate dal 2007 al 2009.

4.2. Le politiche e gli indicatori

a. Sostenere l'organizzazione integrata del sistema di offerta basato su due pilastri principali: domiciliarità e residenzialità.

Il sistema della **DOMICILIARITÀ** è costituito da una rete di servizi socio sanitari territoriali che assicurano:

- Interventi di promozione dell'autonomia personale, finalizzati alla acquisizione e al mantenimento di autonomie personali che permettono di migliorare le capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa, nonché la partecipazione ad attività sportive, del tempo libero e di integrazione sociale.
- Interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia, assistenza domiciliare sociale, sanitaria ed integrata, fornitura di protesi ed ausili, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale.
- Interventi di sostegno economico, assegni di cura alle persone disabili e alle famiglie, differenziati a seconda del carico assistenziale, della modalità e della tipologia di assistenza fornita; contributi per la vita indipendente; contributi straordinari.
- Centri Diurni, servizi semiresidenziali finalizzati alla promozione dell'autonomia, alla riabilitazione e alla integrazione sociale, erogati con carattere di flessibilità e di continuità.
- Interventi di sollievo: accoglienza temporanea programmata, pronta accoglienza, soggiorni di sollievo.

Si tratta di tipologie di intervento che, opportunamente integrate nel progetto individuale, rappresentano il livello di risposta assicurato alle persone con disabilità nel territorio dalla rete dei servizi, garantendo alle stesse e alle loro famiglie una soluzione alternativa alla istituzionalizzazione.

Il sistema della **RESIDENZIALITÀ** per persone con disabilità ha trovato una propria recente specifica connotazione nell'ultimo decennio in quanto servizio finalizzato all'accoglienza delle persone nelle situazioni in cui non risulta più possibile protrarre la permanenza nel proprio domicilio.

Il sistema dei servizi residenziali, articolato a livello regionale, si compone delle seguenti unità di offerta socio sanitarie, così come definite nei provvedimenti attuativi della LR 22/02:

- RSA, Residenza Sanitaria Assistita
- Comunità Residenziale¹
- Comunità Alloggio

Compongono ancora il sistema della residenzialità in Area Disabili le strutture sociali, denominate: Gruppo Appartamento e Comunità di Tipo Familiare che, rivolte all'accoglienza di persone con parziale autonomia, consentono di assicurare livelli assistenziali minimi e di continuare a vivere nel proprio

contesto sociale di riferimento in accoglienze che hanno tutte le caratteristiche della casa di abitazione civile e non sono soggette a standard organizzativi e professionali.

Il Piano di Zona in Area Disabili rileva le unità di offerta socio sanitarie presenti in ciascun territorio, secondo la loro condizione di autorizzate all'esercizio, accreditate e convenzionate per un certo numero di posti e rileva il fabbisogno reale (eventuale lista di attesa in essere, numero di persone con disabilità per le quali è prevedibile l'ingresso in struttura nel triennio, tipologia di strutture necessarie).

L'inserimento nella programmazione locale è condizione indispensabile per l'accesso ai finanziamenti in conto capitale previsti dalla normativa regionale per la realizzazione/adeguamento di strutture, per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento delle nuove strutture e per il riparto ed assegnazione del Fondo per la Non Autosufficienza.

I criteri e le modalità di accesso ai servizi residenziali, debbono essere definite dal Piano di Zona, in sintonia con i congiunti disposti delle DDGR n. 4588 del 28 dicembre 2007 e n. 4589 del 28 dicembre 2007, e devono essere estese anche alle fattispecie della mobilità in entrata e in uscita, con conseguente regolare aggiornamento delle Impegnative di Residenzialità, come numero ed entità di spesa e del Registro delle Impegnative di Residenzialità presso ciascuna Azienda ULSS. Gli specifici regolamenti adottati dagli enti locali per l'assunzione della spesa relativa in relazione ai livelli essenziali di assistenza, di cui alla DGR n. 3972 del 30.12.2002, devono essere menzionati e allegati al Piano di Zona.

L'impegnativa di residenzialità, in quanto titolo rilasciato dall'Azienda ULSS al cittadino residente per l'accesso alle prestazioni rese nei servizi residenziali della Regione Veneto, accreditati ai sensi della LR 22/02 e, nelle more della sua attuazione, oggi convenzionati secondo la normativa vigente, non può essere utilizzata nei servizi residenziali non convenzionati secondo la normativa vigente o sprovvisti di accreditamento ai sensi della L.R. 22/02.

a.1. Relativamente al sistema di offerta sono individuati i seguenti obiettivi:

- Migliorare la capacità predittiva sulle persone che nei prossimi anni necessiteranno di un accesso ai centri diurni ed alle forme di sostegno per la domiciliarità;
- Mantenimento degli attuali servizi e prestazioni, in termini di tipologie di intervento, risorse impegnate, utenti presi in carico, interventi effettuati;
- Riconsiderazione delle tipologie di offerta per le persone con disabilità nell'ambito del quadro normativo definito, al fine di promuovere maggiore flessibilità nelle risposte personalizzate all'utenza;
- incremento standard attuale dei servizi e prestazioni che risultino al di sotto della media regionale per quanto riguarda gli utenti presi in carico e gli interventi effettuati;
- applicazione della scheda SVAMDI per le tipologie di prestazioni/servizi previste dai provvedimenti regionali;
- organizzazione degli interventi a sostegno della domiciliarità delle persone con disabilità grave, oltre a quelli per la non autosufficienza per cui si rimanda all'area Anziani, in modo integrato, prevedendo:
 - interventi per la vita indipendente, rivolti a persone con capacità di agire e di esprimere coscientemente la propria volontà e di rimanere nel proprio domicilio, con disabilità grave di tipo fisico motoria – art. 3 comma 3 L. 104/92 – che intendono realizzare il proprio progetto di vita indipendente finalizzato a garantire alla persona la conduzione di una normale vita personale e familiare comprensiva dell'esercizio delle responsabilità genitoriali nei confronti di figli a carico e/o l'attività lavorativa in essere o in progetto e/o le attività scolastico-formative finalizzate a configurazioni lavorative;

- interventi di Aiuto personale (comprensivi degli interventi di cui all'art. 1 della L. 162/98), rivolti a persone con disabilità grave in età compresa da 0 a 64 anni, anche se in grado di frequentare servizi extra domiciliari, quali scuole, centri diurni. Tali interventi possono consistere sia nell'erogazione di servizi e prestazioni che nell'assegnazione di contributi economici alla famiglia per l'acquisto di servizi. L'entità massima del contributo economico riconoscibile è di € 1.000 mensili, pari a quella prevista per gli interventi per la vita indipendente;
 - interventi di promozione dell'autonomia personale (comprensivi degli interventi di cui all'art. 3 della L. 284/97), programmi di intervento finalizzati alla acquisizione e al mantenimento di autonomie personali che permettano di migliorare le capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa, nonché interventi di promozione delle attività sportive, di tempo libero e di integrazione sociale.
- migliorare la capacità predittiva sulle persone che nei prossimi anni necessiteranno di un accesso alle strutture residenziali, secondo la tipologia di struttura;
 - monitorare il fabbisogno reale di accesso alle Comunità Residenziali. In quanto strutture innovative, pensate per un bacino di accoglienza di dimensione provinciale e con la possibilità di ospitare al loro interno adolescenti con disabilità grave associata a disturbi comportamentali, ne va previsto il monitoraggio attento tramite protocolli di intesa concordati dalle Aziende ULSS interessate.

a.2. Indicatori:

- numero di utenti per tipologia di intervento e numero di prestazioni per tipologia di intervento: monte ore pro-capite degli utenti disabili assistiti in ADI, Aiuto Personale e Promozione dell'Autonomia Personale, per l'anno 2010 (n° ore complessivo di ADI per disabili anno 2010/n° utenti disabili in ADI anno 2010)
- risorse economiche impiegate a livello complessivo e di singola tipologia di intervento
- numero di persone con disabilità per il quale è prevedibile l'ingresso in centri diurni nel periodo 2011-2015
- liste di attesa in essere per l'accesso ai centri diurni
- tasso di accesso ai centri diurni anno 2010: n° utenti inseriti nei centri diurni del territorio nell'anno 2010/n° utenti disabili nell'ambito del sistema della domiciliarità (esclusi gli utenti dei centri diurni)
- numero di persone con disabilità per le quali è prevedibile l'ingresso in struttura residenziale nel periodo 2011-2015, possibilmente per tipologia di struttura;
- numero di accessi previsti per l'anno 2011 in comunità residenziale;
- tasso di inserimento in struttura (n° utenti inseriti nelle strutture residenziali del territorio nell'anno 2010/n° utenti disabili nell'ambito del sistema della domiciliarità, compresi gli utenti dei centri diurni)

b. sostenere gli interventi rivolti all'integrazione, in particolare:

La DGR 1859 del 13 giugno 2006 "Linee di indirizzo per il sistema della domiciliarità e della residenzialità Area Disabili – Art. 26 e 27 L.R. 9/2005" rimandava gli indirizzi per l'accesso ai servizi di integrazione scolastica e lavorativa a specifici atti. Infatti successivamente con DGR 2248 del 17 luglio 2007 si definivano le modalità e i criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica, in applicazione del DPCM 23 febbraio 2006 n. 185. Tali contenuti continuano a rimanere tra le priorità regionali.

- Interventi di integrazione scolastica, rivolti a alunni con disabilità in età compresa tra gli 0 e i 18 anni. La programmazione locale individua i livelli di concertazione tra le istituzioni pubbliche, quali Province, Comuni, Uffici Scolastici regionali e provinciali e istituzioni scolastiche autonome per l'assegnazione delle risorse professionali e materiali di rispettiva competenza;
- Interventi di integrazione lavorativa, rivolti a in situazione di disabilità e di svantaggio sociale in età lavorativa. La Regione del Veneto con la legge regionale 16/2001 di attuazione della Legge 68/99 ha istituito presso le Aziende ULSS i servizi di integrazione lavorativa e ne ha disciplinato la loro attività e funzione con la Dgr 3350/2001 e DGR 1138/2008;

b.1. Obiettivi:

- Definire il livello di organizzazione territoriale e gli obiettivi che verranno perseguiti in relazione ai risultati ed alle necessità evidenziate nel territorio. In particolare il piano di zona deve prevedere le modalità di raccordo durante il passaggio dalla scuola al mondo del lavoro, attraverso specifiche modalità organizzative territoriali che favoriscono la continuità della presa in carico e la predisposizione di progetti individualizzati;
- i piani di zona individuano nell'ambito delle competenze rispettive dei diversi enti e soggetti le modalità di coordinamento, i criteri di accesso ai servizi, le risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

c. *Promuovere insieme alle associazioni di famiglie di persone con disabilità, presenti nel territorio, forme di risposta innovativa per quanto attiene i Centri Diurni e le attività a carattere diurno.*

c.1. Obiettivi:

- Riservare a livello locale una quota dell'importo per la domiciliarità disabili, previsto nel fondo per la non autosufficienza, pari ad almeno il 2% e non più del 5%, alla creazione e al proseguimento di attività diurne di tipo innovativo che coinvolgono la rete dei centri diurni esistenti;
- Coinvolgimento delle associazioni di famiglie di persone con disabilità, presenti nel territorio, a livello di programmazione, realizzazione e supporto.

c.2. Indicatori:

- percentuale di risorse del fondo per la non autosufficienza-domiciliarità disabili destinate ad attività diurne di tipo innovativo che coinvolgono la rete dei centri diurni esistenti
- numero di associazioni coinvolte
- numero di strutture semiresidenziali coinvolte
- numero complessivo di persone con disabilità coinvolte, distinguendo le persone già frequentanti dai nuovi inserimenti

d. *Promuovere interventi per le persone con disturbi di autismo e disturbi dello spettro autistico e per le loro famiglie:*

d.1. Obiettivi:

- Massimo raccordo ed integrazione degli interventi sanitari, socio sanitari e sociali per una risposta unitaria alla persona e alla famiglia;
- Individuare la tipologia degli interventi che nel territorio rispondono alle esigenze delle persone affette da autismo e da disturbi dello spettro autistico, in modo particolare per le persone adulte;
- Integrare le risposte in termini di maggiori servizi e prestazioni.

d.2. Indicatori:

- N° di persone minori ed adulte affette da autismo e da disturbi dello spettro autistico
- N° di alunni con diagnosi autismo e disturbi dello spettro autistico inseriti nelle diverse realtà scolastiche del territorio o frequentanti strutture ex art. 26 L.833/78

- N° e tipologia di servizi e strutture ad essi dedicate

e. Migliorare le procedure di presa in carico per le persone con doppia diagnosi:

e.1. Obiettivi:

- integrare i regolamenti delle UVMD per favorire la presa in carico degli utenti con doppia diagnosi
- attuazione della DGR 1859/2006 relativa all'integrazione tra i diversi servizi del territorio

e.2. Indicatori:

- n° di persone con doppia diagnosi nel territorio
- n° e tipologia di servizi e strutture che se ne occupano

5. Dipendenze

Le politiche di prevenzione, contrasto e trattamento delle diverse forme di dipendenza sono rivolte a tutta la popolazione, in particolare alle persone – adulte, adolescenti e minori – a rischio di sviluppare alcol o tossicodipendenza e tossico o alcol dipendenti.

5.1. La vision

Sostenere la lotta alla condizione di tossico-alcooldipendenza, promuovendo risposte personalizzate per le persone che usano sostanze stupefacenti, con l'intento di:

- *Aumentare le conoscenze relative ai rischi connessi all'uso di sostanza stupefacenti e favorire percorsi di prevenzione per la popolazione più a rischio*
- *Ridurre i tempi di esposizione alle sostanze, anche considerando l'abbassamento dell'età di primo utilizzo*
- *Favorire il reinserimento e l'integrazione sociale delle persone tossico-alcooldipendenti, attraverso l'integrazione delle risorse sanitarie e sociali a supporto dei singoli casi*
- *Accompagnare le famiglie di persone tossico-alcooldipendenti nell'affrontare il percorso di presa in carico, cura e reinserimento del familiare*

La Regione del Veneto, nel perseguire la realizzazione di un'organica ed integrata politica di prevenzione e contrasto all'uso, abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e alcol, riconoscendo le persone affette da disturbi e patologie collegate alla tossico-alcooldipendenza come soggetti di diritto e portatori di bisogni di tipo socio sanitario, ha destinato risorse finalizzate allo sviluppo di un sistema integrato pubblico/privato sociale sulle dipendenze. Il fenomeno odierno della diffusione ed uso di sostanze stupefacenti e psicotrope anche nella nostra Regione è caratterizzato, da qualche anno, da una forte evoluzione verso l'introduzione nei consumi di sostanze di tipo stimolante, quali la cocaina e i vari tipi di amfetamine, con modalità assuntive, comportamenti e rituali sociali sempre più tollerati e "normalizzati" all'interno di vari contesti: dell'intrattenimento, sportivo, scolastico, lavorativo. L'abbassamento dell'età di primo utilizzo contestualmente al largo e aumentato consumo di alcol, introducono inoltre ulteriori problematiche in ambito sociale ma anche sanitario. Vi è, pertanto, bisogno di una forte integrazione tra politiche sanitarie e sociali e quindi di costruire un'unica visione coordinata di approccio al problema che ricostruisca l'unitarietà della programmazione e delle azioni. Ciò trova realizzazione nel Dipartimento per le Dipendenze, come luogo di condivisione, concentrazione, ma anche di comunicazione tra i diversi soggetti che, a diverso titolo, intervengono sulla tematica e che quindi hanno una titolarità nel promuovere, nello stimolare, nel creare tutte le opportunità preventive e assistenziali di un determinato territorio.

La tossicodipendenza deve essere considerata come una vera e propria "patologia", uno "stato di malattia" della persona con gravi risvolti sanitari, psicologici e sociali alla quale bisogna rispondere con azioni a vario livello e con programmi individualizzati, senza mai demordere dall'obiettivo finale di far cessare totalmente e quanto prima l'uso delle sostanze stupefacenti.

5.2. Le politiche e gli indicatori

La programmazione in materia per il periodo 2011-2015 individua le seguenti azioni in ordine di priorità:

a. Prevenzione selettiva e/o indicata,

al fine di individuare i contesti e i soggetti che presentano maggior grado di vulnerabilità all'uso di sostanze e intervenire precocemente sugli stessi. L'obiettivo principale che la Regione intende perseguire è la riduzione dei tempi di esposizione alle sostanze, ossia dell'intervallo di tempo compreso tra il primo utilizzo ed il momento in cui si avvia il contatto con la rete dei servizi. Per fare questo è necessario incentivare le azioni di prevenzione selettiva e/o indicata con la finalità di indirizzare le risorse e le azioni verso i contesti ed i soggetti (con particolare attenzione ai giovani) maggiormente esposti all'uso di sostanze, per situazioni di vulnerabilità e fragilità familiare/personale/sociale.

a.1. Obiettivi

- identificare i fattori di rischio a livello locale che conducono all'uso di sostanze psicoattive nella popolazione giovanile (tra i 15 e i 24 anni) del territorio, anche tramite la realizzazione di attività di ricerca-azione
- attuare interventi di prevenzione specifici che mirino ad aggredire i fattori di rischio identificati come maggiormente significativi nei diversi contesti territoriali
- promuovere azioni di aggancio precoce e accompagnamento ai Servizi per giovani consumatori di sostanze e alcol
- sviluppare ed incentivare interventi di prevenzione delle patologie correlate

a.2. Indicatori

- tempo compreso tra il momento del primo contatto con le sostanze ed il contatto con i Servizi;
- tasso delle nuove prese in carico da parte dei servizi di giovani utenti 15-24 anni (n° dei nuovi presi in carico in età 15-24 anni/popolazione residente 15-24 anni)
- numero di operatori del pubblico e del privato sociale formati nella prevenzione selettiva e/o indicata
- numero di operatori del pubblico e del privato sociale attivati nei progetti di prevenzione selettiva e/o indicata in rapporto alla popolazione 15-24
- tasso di utilizzo delle sostanze psicoattive nei ragazzi della scuole superiori (fonte: indagine HBSC)

b. Trattamenti innovativi riferiti alle diverse forme di dipendenza

La situazione evidenziata dai dati prodotti dai Servizi per le Dipendenze della Regione (Rapporto epidemiologico su droga e alcol in Veneto – anno 2008) evidenzia una tendenza all'aumento della domanda da parte di giovani e giovanissimi e parallelamente rileva un sensibile "invecchiamento" di un'altra parte di utenza, che ha continuato ad essere seguita nel corso degli anni dai Centri di cura, come conseguenza del prolungamento dei trattamenti e della, conseguente, minore mortalità. Inoltre, in questi anni, i Dipartimenti per le Dipendenze hanno incrementato e diversificato la gamma delle persone assistite, considerando in tale gruppo anche persone che utilizzavano sostanze quali la cannabis, la cocaina, anfetamine, nonché policonsumatori e abusatori e/o alcol dipendenti. Ciò comporterà una necessaria rivisitazione anche dell'offerta di cura.

b.1 Obiettivi

- realizzare programmi di cura e presa in carico per pazienti ricorrenti, che tengano nel dovuto conto le capacità e le risorse residue del singolo e del suo ambiente sociale;
- avviare azioni innovative di contrasto all'uso di sostanze e di cura dei soggetti alcol e tossicodipendenti, in una logica di miglioramento della qualità, alla luce delle considerazioni derivanti da un'utenza composita e differenziata per età, per tipo di sostanza e di dipendenza, per livello di motivazione;
- riorganizzazione dell'attività dei Dipartimenti per le Dipendenze e delle Strutture ad essi afferenti, supportato da un programma aziendale di sviluppo e/o di riorganizzazione dell'area, come scelta organizzativa necessaria ad una gestione efficace ed efficiente dei servizi offerti in risposta ai

bisogni del territorio, in una logica di co-gestione effettiva, tra pubblico e privato, dei progetti individualizzati costruiti a favore delle persone;

- avvio di sperimentazioni gestionali per nuovi modelli erogativi ed organizzativi mediante:
 - l'adozione delle migliori pratiche gestionali ed organizzative adeguate all'evoluzione sociale ed epidemiologica, delle conoscenze scientifiche e dei sistemi di cura;
 - l'introduzione di metodiche, di tecnologie diagnostiche, terapeutiche e valutative di provata efficacia e condivise. Ciò a garanzia di una lettura oggettiva e documentata dei livelli di qualità assicurati dal processo riabilitativo.

b.2. Indicatori

- tasso di tenuta del trattamento dei pazienti in carico ai servizi (n° di trattamenti superiori ai 3 mesi/n° trattamenti avviati);
- tasso di programmi di cura “drug free” per utenti giovani 15-24 anni (n° di trattamenti di cura “drug free” per utenti in età 15-24/n° trattamenti per utenti in età 15-24);
- “drop out” tra i pazienti ricorrenti (n° di interruzioni di trattamento dei pazienti ricorrenti/n° pazienti ricorrenti);
- N° di enti che collaborano alle attività del Dipartimento per le Dipendenze
- numero di sperimentazioni gestionali di nuovi modelli erogativi e/o organizzativi avviate nel 2010

c. *Reinserimento socio lavorativo e inclusione sociale dei soggetti alcol-tossicodipendenti (e delle loro famiglie)*

Per un' effettiva attuazione del principio costituzionale del reinserimento sociale delle persone svantaggiate, le azioni di inclusione sociale e lavorativa si pongono come aspetti essenziali a sostegno dell'intero sistema dipendenze.

La questione dipendenza-lavoro va affrontata in un'ottica globale considerandone tutte le forme di manifestazione, ossia le difficoltà dei lavoratori con problemi di dipendenza, i bisogni di reinserimento lavorativo delle persone che hanno già riconosciuto e affrontato il proprio disagio e da ultimo, l'atteggiamento culturale del mondo lavorativo nei riguardi della salute.

Il processo di inclusione nel normale circuito di vita quotidiana va inteso in un rapporto di continuità con il processo di aiuto. Visivamente, tale processo può essere rappresentato da una forma circolare, attraverso cui la persona esce e rientra nell'ambiente di vita scelto, processo che va sostenuto e accompagnato da strategie e strumenti che favoriscano una trasformazione delle reti territoriali in reti di inclusioni e del piano operativo in un piano cooperativo.

c.1. Obiettivi

- promuovere una rete per l'integrazione lavorativa che consenta contatti stabili tra gli Enti e i Servizi che a vario titolo operano nel territorio;
- offrire alle persone alcol - tossicodipendenti un sistema graduato di opportunità in cui sperimentare le proprie capacità lavorative a seconda del grado di remissione sintomatologica e del grado delle capacità acquisite;
- avviare sperimentazioni di buone prassi finalizzate a creare un ambiente di lavoro sicuro, a scoraggiare l'abuso di alcol e droghe, a favorire la presa in carico e il reinserimento lavorativo di lavoratori con problemi di abuso di sostanze;
- dare concretezza e sistematicità a prassi, procedure ed esperienze favorevoli i processi di inclusione nel tessuto socio-relazionale di appartenenza dei soggetti (quali adolescenti e giovani a rischio, abituali consumatori, tossicodipendenti ricorrenti), visti come soggetti attivi nel processo di cambiamento;

- attivare nuove reti di socializzazione

c.2. Indicatori

- presenza di protocolli/accordi di reti tra Enti e Servizi per l'integrazione socio-lavorativa
- drop out inserimenti lavorativi/totale inserimenti realizzati
- numero di Enti e Servizi del pubblico e del privato sociale coinvolti nella definizione delle prassi e linee guida per la gestione di interventi di inclusione sociale
- n° percorsi di reinserimento lavorativo conclusi/n° percorsi di reinserimento avviati

d. Famiglia

La famiglia: è l'ambito di vita principe in cui ciascuno vive e consolida relazioni significative, cresce e si struttura come persona, viene accolto e tutelato nelle sue fragilità. In questo senso la famiglia è quindi soggetto protagonista del benessere della persona e pertanto trasversale a tutte le aree del Piano di Zona. Va quindi mantenuta e sviluppata anche nell'Area delle Dipendenze l'azione di coinvolgimento dei familiari, sia come soggetti portatori di bisogni, che come risorsa fondamentale nell'attivazione delle forze utili ai processi di cura del paziente, attraverso politiche che accompagnino la famiglia in questo percorso, con modalità che favoriscano l'emergere delle potenzialità in essa presenti e il miglioramento della qualità della vita del nucleo familiare.

d.1. Obiettivi

- offrire livelli diversificati di sostegno in base alle esigenze delle famiglie che si trovano a fronteggiare difficoltà di gestione educativa e relazionale con figli che sono appena entrati in contatto con le sostanze, le hanno sperimentate, già le usano in maniera sistematica oppure hanno sviluppato una vera e propria tossicodipendenza;
- agevolare la costituzione di associazioni di genitori e reti familiari che divengano risorsa spontanea che vada ad arricchire il sistema territoriale di intervento nell'area dipendenze.

d.2. Indicatori

- tasso di partecipazione alle azioni di cura e trattamento dei familiari dei soggetti presi in carico dai servizi (n° familiari che partecipano alle azioni di cura e trattamento/n° utenti presi in carico)
- presenza di attività e azioni (anche gruppal) dedicate alle famiglie da parte dei servizi per l'area delle dipendenze.

6. Salute mentale

Le politiche per la salute mentale sono rivolte alla popolazione in generale, alle persone con problemi psichiatrici e loro famiglie.

6.1. La Vision

la salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità

LA MISSIONE: Promuovere la salute mentale, fornire consulenza, assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per migliorare il benessere e la funzionalità delle persone, mettendone in evidenza i punti di forza e le risorse, rafforzandone la resistenza e stimolando i fattori di protezione esterni; favorire il superamento dello stigma e dei pregiudizi e promuovere l'inclusione sociale.

Le politiche per la salute mentale in Regione Veneto si fondano su alcuni valori condivisi:

- A. adeguato utilizzo delle risorse;
- B. servizi accessibili alle persone, ossia servizi realmente inseriti nella comunità locale, in grado di adattarsi ad una domanda sempre più attenta ed in evoluzione;
- C. empowerment degli utenti, riconoscendo il ruolo di protagonista dell'utente nei processi di terapia e riabilitazione che lo coinvolgono, la sua partecipazione alla definizione degli obiettivi, degli strumenti, il suo essere interlocutore fondamentale nella organizzazione e nel funzionamento dei servizi;
- D. efficacia degli interventi, attenta valutazione dei processi e dei risultati, con attenzione anche agli strumenti organizzativi;
- E. attenzione alle "zone grigie", in particolare:
 - a. salute mentale dell'infanzia e adolescenza;
 - b. lungo assistenza;
- F. centratura dei servizi sulla persona e non sulla logica delle strutture;
- G. attenzione alla cultura e alle identità etniche di provenienza;
- H. promozione delle progettualità innovative e della ricerca scientifica nella pratica dei servizi.

6.2. Le politiche e gli indicatori

a. Adeguato utilizzo delle risorse.

Questo concetto riguarda più aspetti:

a.1. Obiettivi

- adeguata assegnazione alla salute mentale all'interno della spesa sanitaria complessiva (almeno il 5% del Bilancio Aziendale);
- adeguata assegnazione delle risorse fra le varie linee di intervento nell'ambito della salute mentale;
- utilizzo delle risorse che tenga conto delle effettive necessità di un bacino di utenza e che venga ottimizzato attraverso una eccellenza organizzativa, una adesione a prassi di comprovata efficacia, una attenta valutazione di processi e risultati.

a.2. Indicatori

- % del bilancio dell'Azienda ULSS destinato all'assistenza psichiatrica ospedaliera
- % del bilancio dell'Azienda ULSS destinato all'assistenza psichiatrica territoriale
- % del budget del DSM destinato all'assistenza psichiatrica ambulatoriale
- % del budget del DSM destinato all'assistenza psichiatrica semiresidenziale
- % del budget del DSM destinato all'assistenza psichiatrica residenziale
- Numero utenti dell'assistenza psichiatrica ambulatoriale
- Numero di prestazioni dell'assistenza psichiatrica ambulatoriale
- Numero utenti dell'assistenza psichiatrica semiresidenziale
- Numero di prestazioni dell'assistenza psichiatrica semiresidenziale
- Numero utenti dell'assistenza psichiatrica residenziale
- Numero di prestazioni dell'assistenza psichiatrica residenziale
- Numero di utenti dimessi
- Numero di utenti inseriti in attività lavorative o percorsi di ingresso nel mondo del lavoro (quali, tirocini, borse lavoro, ecc)
- Quota del "bilancio sociale" dell'Azienda ULSS destinato partecipazione sociale per le comunità alloggio per pazienti psichiatrici
- Quota del "bilancio sociale" dell'Azienda ULSS destinato partecipazione sociale per i gruppi appartamento protetti per pazienti psichiatrici

b. Centratura dei servizi sulla persona piuttosto che sulla logica delle strutture:

- a. garantendo il coinvolgimento delle persone in tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo, sostenendo la loro capacità di scelta e di decisione e acquisendo il consenso informato circa gli obiettivi e i metodi di trattamento;
- b. assicurando una risposta, per quanto possibile, comprensiva e individualizzata ai bisogni di salute mentale della persona, anche nei casi più complessi, con comorbilità non psichiatrica o in condizione di grave disagio psico-sociale;
- c. mantenendo la continuità della presa in carico, anche con un atteggiamento proattivo, per tutto il tempo necessario e valorizzando la relazione operatori-utenti;
- d. favorendo l'accessibilità ai servizi, in termini di sede, orari e disponibilità degli operatori, e la tempestività di intervento;
- e. garantendo un livello adeguato di risorse per far fronte ai bisogni di salute mentale della popolazione e una distribuzione delle risorse equa e basata su criteri espliciti;
- f. favorendo gli interventi che hanno prove di efficacia nella pratica dei servizi e mantenendo negli stessi l'orientamento comunitario;
- g. attivando le risorse comunitarie per l'integrazione delle persone con disturbo mentale e lottando contro lo stigma e il pregiudizio;
- h. promuovendo la partecipazione degli utenti e dei familiari alla definizione degli obiettivi e al miglioramento dei servizi, rendendo conto agli stessi dei risultati e valutandone la soddisfazione;
- i. valutando il Budget aziendale nell'ambito del DSM.

b.1. Obiettivi

- costruzione di percorsi facilitanti l'accesso, con particolare attenzione al carattere di continuità nell'arco delle 24 ore;
- costruzione di rapporti con istituzioni e rappresentanze della comunità;
- sviluppo di progetti specifici rivolti ai temi dell'abitare, del lavoro, della vita sociale;
- sviluppo di attività territoriali specifiche, con particolare riguardo alla natura ed alla dimensione dell'attività domiciliare, alla collaborazione ed integrazione con altri servizi sanitari (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e sociali;
- garanzia nell'applicazione dei LEA;
- documentazione del livello di partecipazione ai progetti terapeutici;
- documentazione relativa alla qualità percepita;
- partecipazione a momenti istituzionali di programmazione e valutazione dei servizi prestati;
- iniziative di informazione e formazione rivolte ad utenti e familiari;

b.2 Indicatori:

- numero di progetti specifici rivolti ai temi dell'abitare, del lavoro, della vita sociale;
- numero di iniziative di supporto per l'avvio di forme di auto-mutuo-aiuto;
- numero di iniziative di inclusione sociale, quali progetti per inserimenti lavorativi, per l'autonomia abitativa, centri aggregativi nel territorio e per il tempo libero, (attività espressive e di socializzazione)
- numero di progetti di lotta allo stigma e di promozione della salute mentale (scuole, territorio, ect.)
- numero di partecipanti alle iniziative di informazione e formazione

c. sviluppo e sostegno dell'organizzazione Dipartimentale

Il modello operativo adottato è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolata in una rete integrata di servizi secondo una logica di psichiatria di comunità: il compito del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la promozione della salute mentale e la cura di ogni forma di malattia mentale, nei tempi necessari per concludere il trattamento, privilegiando la prevenzione, la cura personalizzata e la riabilitazione, ed operando altresì primariamente sul territorio. Si riafferma la specifica identità del DSM – dipartimento strutturale transmurale, dotato di autonomia tecnico-organizzativa, collocato a livello territoriale con attività ospedaliera, che si interfaccia con il coordinamento dei distretti – nelle integrazioni funzionali con tutti i numerosi soggetti coinvolti nell'ambito della salute mentale, anche con l'obiettivo di sviluppare nuovi scenari che siano in grado di intercettare e dare risposta alle nuove problematiche emergenti, integrando le risposte preventive, terapeutiche, riabilitative, di reinserimento sociale e i diversi ambiti di intervento in una prospettiva di promozione della salute e di prevenzione dello stigma. Il DSM rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Pertanto, opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati e intervenendo primariamente sul territorio, nell'ambito della comunità. Il DSM opera altresì per la promozione della salute mentale con iniziative che coinvolgono attivamente la cittadinanza

c.1 Indicatori:

- Presenza del Regolamento del DSM
- Presenza della Carta dei servizi del DSM

- Piano di attività del DSM
- Numero dei partecipanti degli organi collegiali del DSM
- Numero incontri degli organi collegiali del DSM
- Grado di soddisfazione dei “clienti interni” del DSM

d. Sviluppo e sostegno della rete delle strutture

d.1 obiettivi:

il DSM per poter svolgere le attività indispensabili, deve poter avvalersi della disponibilità locale delle seguenti strutture:

1. un Centro di Salute Mentale (CSM) con attività ambulatoriali svolte sulle 12 ore nei giorni feriali e per almeno 6 ore nei giorni prefestivi: il CSM svolge anche attività domiciliare e socio-ambientale, e costituisce il centro operativo e organizzativo di tutta l'UOC, garantendo anche il collegamento con la medicina di base, il servizio di continuità assistenziale ed il SUEM;
2. un Day-Hospital Territoriale (DHT), quale area per prestazioni diagnostico-terapeutico-riabilitative a breve-medio termine, che richiede un regime residenziale diurno;
3. almeno un Centro Diurno (CD) con finalità terapeutico/educativo/riabilitative e propedeutiche al lavoro;
4. un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con funzioni di ricovero in regime di degenza ordinaria e di Day Hospital Ospedaliero (DHO), con ricettività tendenziale di un posto letto ogni 10.000 abitanti (per un massimo di 16 posti letto per 100.000 abitanti);
5. almeno una Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP), anche mista, ogni 100.000 abitanti, dotata tendenzialmente di 12 posti, elevabili sino a 20 in presenza di motivate e documentate necessità locali da confermarsi obbligatoriamente di anno in anno. Nella tipologia della CTRP si distinguono due moduli: ad alta attività assistenziale; ad attività assistenziale intermedia;
6. due o più Comunità Alloggio (CA), anche miste, a protezione differenziata, con un accoglimento massimo di 10 persone; le CA avranno, numero e caratteristiche rapportate all'esigenza della popolazione servita, con verifica periodica annuale, e avranno una intensità socio-assistenziale elevata, ospitando pazienti nell'ambito di programmi assistenziali personalizzati e per periodi di tempo prolungati, con verifiche predefinite e rinnovabilità degli stessi;
7. almeno due Gruppi Appartamento Protetti (GAP) per due-quattro persone, con assistenza socio-sanitaria di adeguata intensità;
8. una Comunità Alloggio di tipo estensivo: nuova unità di offerta da regolamentare;
9. servizi innovativi e sperimentali (ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali) limitatamente a patologie di particolare rilevanza o gravosità.

d.2 Indicatori:

- numero e tipologia delle strutture ambulatoriali accreditate ai sensi della DGR n. 1616/2008
- numero, tipologia e posti disponibili delle strutture semiresidenziali accreditate ai sensi della DGR n. 1616/2008
- numero, tipologia e posti letto delle strutture residenziali accreditate ai sensi della DGR n. 1616/2008

7. Marginalità e inclusione sociale

Le politiche e gli interventi di contrasto alla marginalità e inclusione sociale e di promozione dell'inclusione sociale delle persone sono rivolti in particolare a specifiche fasce di popolazione, ovvero:

Area Penale

1. *Persone - adulte e minori - sottoposte ai provvedimenti dell'autorità giudiziaria: detenute e in misura alternativa.*
2. *Persone in uscita dai circuiti penali (nei primi 6 mesi dalla dimissione del carcere o dalla chiusura della misura alternativa)*

Area dell'esclusione sociale

3. *Persone in povertà estrema e senza dimora*

La persona senza dimora è identificabile come "una persona senza casa priva delle risorse economiche, delle motivazioni e capacità sociali necessarie per averla".

Indipendentemente dalle cause che hanno portato a tale condizione, questa stessa produce nel tempo stati di deprivazione cronica, di incapacità relazionali e comunicative, che a loro volta riducono le capacità degli individui di esercitare i propri diritti di cittadinanza utilizzando le risorse offerte dai servizi sociali o dal volontariato. Con l'aumentare del periodo di permanenza in strada le condizioni di vita si aggravano, diminuisce la capacità di reazione e si riducono le possibilità di uscita. Gli studi in materia contraddistinguono i senza dimora (sfd) per due tratti caratteristici:

- Il non avere una dimora stabile e abituale (fattore di esclusione in quanto comporta l'impossibilità di partecipare agli stili di vita e alle attività socialmente condivise);
- Per la complessità del disagio non riconducibile a un unico fattore (esclusione abitativa o deprivazione economica).

"Persone in età adulta che vivono in condizioni in gravi condizioni socio economiche tali da provocare esclusione sociale: assenza di reti di prossimità, assenza di lavoro, situazione abitativa disagiata, scarse competenze sociali

Area Vittime di tratta e sfruttamento

4. *Persone vittime di tratta*

La tratta di esseri umani, secondo il Protocollo sulla tratta, supplementare alla Convenzione contro la criminalità organizzata transnazionale delle Nazioni Unite consiste nelle seguenti azioni:

- "reclutamento, trasporto, trasferimento, ospitalità e accoglienza di persone,
- tramite l'impiego o la minaccia di impiego della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, frode, inganno, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità o tramite il dare o ricevere somme di denaro o vantaggi per ottenere il consenso di una persona che ha autorità su un'altra, a scopo di sfruttamento".

Questa definizione indica un importante principio, secondo cui il consenso della vittima è indifferente, quando per i mezzi utilizzati, la persona è portata a essere usata.

La tratta degli esseri umani, pertanto, è un fenomeno sociale di grande rilevanza, che rappresenta un crimine grave ed una profonda violazione dei diritti umani; esso consiste nel trasporto di persone, donne, uomini e minori, da un paese ad un altro, per mezzo della coercizione e dell'inganno, con l'obiettivo del loro sfruttamento in campo sessuale e lavorativo, ma anche tramite attività di accattonaggio, adozioni illegali e traffico di organi.

5. *Persone vittime di sfruttamento sessuale e lavorativo*

Persone straniere vittime di violenza o di grave sfruttamento a fini sessuali, lavorativi, accattonaggio.

7.1. La vision

Favorire l'inclusione sociale delle persone in condizione di marginalità, consentendo loro di:

- *Acquisire le risorse necessarie a far fronte ai bisogni primari*
- *Essere in grado di esercitare liberamente i propri diritti*
- *Riappropriarsi di un ambiente di vita dignitoso e di adeguate relazioni familiari, amicali e sociali*
- *Superare contingenti momenti di crisi*

La Regione del Veneto da diversi anni, per affrontare il complesso e articolato fenomeno della marginalità sociale, ha elaborato linee di indirizzo che individuano tre aree specifiche di intervento: l'ambito relativo alle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale, l'ambito delle persone in povertà estrema e senza dimora, l'ambito delle persone detenute e in area penale esterna.

L'esperienza attuata ha garantito la realizzazione di numerosi servizi ed interventi, finalizzati ad una effettiva attuazione del principio costituzionale del reinserimento sociale delle persone svantaggiate, ma ha nel contempo evidenziato la necessità di avviare un processo di integrazione delle diverse aree, volto a favorire collaborazioni su base locale fra diversi soggetti.

A partire da tali basi, si propongono le seguenti linee di indirizzo:

- Promuovere lo sviluppo sociale in tutte le sue articolazioni e realizzare un sistema locale dei servizi sociali a rete, con il concorso di tutti gli attori pubblici e privati presenti sul territorio che contribuiscono alla solidarietà, favorendo la coesione sociale;
- Sostenere il modello di partnership tra soggetti pubblici e terzo settore favorendo la coprogettazione;
- Sostenere, mediante la collaborazione e l'integrazione locale fra soggetti, la sperimentazione di azioni innovative, misurabili e valutabili, per sviluppare nuovi modelli di intervento, capaci di esprimere risposte efficaci ai problemi dell'esclusione sociale;
- Favorire processi per la ricomposizione territoriale delle risorse;
- Razionalizzare, attraverso sinergie ed integrazione, l'uso delle risorse, secondo criteri di efficacia ed efficienza.

7.2. Le politiche

a. Ricomposizione, nella Marginalità Sociale, della pluralità di target

nel precedente piano di zona i target di intervento dell'area marginalità trovavano collocazioni in aree diverse, rendendo difficile la rintracciabilità dei sistemi di interventi e delle reti territoriali ad essi afferenti.

b. Avviare nel territorio un percorso di condivisione

anche sotto il profilo semantico, rispetto ai concetti di marginalità, esclusione sociale, vulnerabilità sociale.

c. Promuovere una nuova visibilità dell'Area Marginalità, quale strumento per:

- restituire una prima fotografia dei fenomeni nei diversi ambiti territoriali;
- dare visibilità alla rete territoriale che interviene sui target.

d. Garantire una maggiore conoscenza del sistema di offerta e della rete territoriale

attraverso una descrizione dettagliata e coerente con quanto previsto dalla classificazione regionale:

- delle progettazioni in essere;
- delle misure di sostegno economico e integrazione al reddito;
- delle strutture;
- dei soggetti erogatori.

e. Possibili attività da promuovere a favore dei target:

Area Penale

- Interventi socio-educativi a supporto dell'attività trattamentale;
- Percorsi individualizzati volti al reinserimento socio-lavorativo
- Azioni di sensibilizzazione della comunità locale.

Area dell'esclusione sociale

- Aggancio con il target in strada;
- Risposta ai bisogni primari;
- Accompagnamento alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari;
- Percorsi individualizzati volti al reinserimento socio-lavorativo;
- Azioni di solidarietà da parte della comunità locale.

Area Vittime di tratta e sfruttamento

- Aggancio con il target in diversi contesti (strada ed altri luoghi);
- Tutela della salute tramite l'informazione e l'accompagnamento alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari;
- Percorsi individualizzati volti al reinserimento sociale, lavorativo e abitativo;
- Azioni di mediazione con la comunità locale.

7.3. Gli indicatori

- numero progetti previsti nel pdz che afferiscono all'area penale;
- numero di progetti previsti nel pdz che afferiscono all'area dell'esclusione sociale;
- numero di progetti previsti nel pdz che afferiscono all'area delle vittime di tratta e dello sfruttamento;
- N° di comuni che hanno definito un regolamento per l'accesso alle misure di sostegno economico e integrazione al reddito/n° dei comuni del territorio;
- presenza di regolamenti condivisi tra comuni per l'accesso alle misure di sostegno economico e di integrazione al reddito.

8. Immigrazione

Promuovere l'integrazione sociale, culturale e lavorativa delle persone straniere immigrate residenti in Regione Veneto, favorendone l'inclusione nel tessuto sociale, la possibilità di esercitare liberamente i propri diritti e l'accesso al sistema di welfare regionale.

Le politiche e gli interventi legati ai flussi di immigrazione di persone straniere verso il Veneto coinvolgono diversi ambiti di intervento: l'abitare, il lavoro, l'integrazione linguistica, sociale e culturale, l'accesso ai servizi sanitari, le procedure giuridiche di regolarizzazione, ecc.

Nell'ambito della programmazione sociale e socio-sanitaria, quale è quella attuata attraverso il piano di zona, sono considerati le politiche e gli interventi rivolti alle persone immigrate che hanno lo scopo di favorire l'integrazione sociale e combattere l'esclusione. Una programmazione più ampia, che si riferisca all'insieme delle esigenze legate a tale fenomeno, richiede di mettere in gioco diverse competenze regionali e locali, che non sono facilmente integrabili nella programmazione sociale e socio-sanitaria oggetto del presente documento. Nel piano di zona pertanto dovranno essere espresse le politiche definite a livello territoriale e gli interventi previsti che sono finalizzati a:

- Favorire l'accesso delle persone immigrate residenti al sistema di welfare veneto e l'integrazione delle stesse nel tessuto sociale, ad esempio attraverso sportelli sociali tematici, servizi di mediazione culturale e sociale, ecc;
- Favorire l'integrazione delle persone immigrate nel tessuto sociale ove vivono, ad esempio attraverso il supporto all'inserimento lavorativo, le attività di supporto al reperimento alloggi, ecc;
- Attivare specifiche forme di risposta a situazioni particolari, quali la realizzazione di aree attrezzate per nomadi o strutture per persone, anche immigrate, in condizione di grave marginalità;
- Favorire l'integrazione degli immigrati di seconda generazione;
- Promuovere l'integrazione della donna ricongiunta immigrata.

L'obiettivo è quello di ricostruire il sistema di offerta presente nel territorio che risponde alle persone immigrate, almeno per ciò che attiene alle finalità degli interventi in ambito sociale.

È facoltà di ciascun territorio, nei limiti della propria capacità di coinvolgimento e integrazione dei diversi ambiti politici e organizzativi che intervengono nell'ambito dell'immigrazione, integrare la programmazione di quest'area con politiche e interventi che riguardino l'abitare, il lavoro, o le altre politiche di supporto alle persone immigrate.

9. Le trasversalità tra le aree

L'articolazione della programmazione nelle aree di intervento appena proposte da un lato consente di definire politiche di intervento e organizzare risposte rivolte a specifiche fasce di popolazione, aggregate per ciclo di vita (minori – adulti – anziani) o per problematica prevalente (dipendenza o abuso di sostanze – disabilità – problemi di salute mentale – persone con specifiche esigenze legate al loro percorso migratorio); dall'altro lato questa articolazione pone necessariamente delle barriere alle molteplici forme che può assumere il bisogno di una persona, la quale può contemporaneamente trovarsi in più condizioni di svantaggio o avere, oltre alle problematiche tipiche della sua età (essere un adolescente), altre problematiche specifiche (essere dipendente da sostanze). Ecco allora che nei molti casi in cui ci si trovi di fronte a situazioni che comunemente vengono chiamate di “multi-problematicità” l'organizzazione delle politiche e degli interventi per specifici target di utenza rischia di porre delle barriere alla capacità di presa in carico globale della persona e alla possibilità concreta di mettere in campo forme di risposta utili a far fronte all'insieme dei bisogni di ciascuno.

Vi sono inoltre alcune politiche ed interventi che non si rivolgono esclusivamente a specifici target di utenza, bensì si rivolgono alla popolazione in generale: anche in tali casi la definizione di politiche e la programmazione di interventi settoriali non risultano strategie appropriate per perseguire gli obiettivi che si definiscono.

Per superare tali difficoltà, in più aree di intervento sono stati avviati dei percorsi utili ad integrare le azioni nei confronti di persone che si trovano in condizione di “doppia diagnosi” o presentano diverse problematiche. Pur sapendo che tale nodo non è ancora completamente superato e che la strada che potrà portare ad un miglioramento qualitativo della presa in carico e dell'organizzazione nella risposta al cittadino è quella segnata dall'avvio degli sportelli integrati e dall'implementazione della cartella utente attraverso il SISV (Sistema Informativo Sociale Veneto), di seguito sono evidenziati i principali casi di “trasversalità” nella presa in carico e nella risposta all'utenza, fornendo alcune indicazioni sui processi in corso o sulle attenzioni da avere nella programmazione locale degli interventi.

Nell'ambito della programmazione locale, si invitano i territori a tener conto di tali aspetti fornendo indicazioni sulle modalità che, a livello territoriale, sono state sviluppate o progettate per affrontare tali percorsi.

Sul fronte del sistema di offerta, a livello regionale e territoriale si dovrà perseguire il seguente obiettivo prioritario:

a. Potenziare lo sviluppo dello Sportello Integrato

Lo sportello integrato, servizio in primo luogo funzionale e poi strutturale delle attività del territorio, è finalizzato a favorire pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi da parte dei cittadini che ne hanno bisogno/diritto, a ricondurre ad unità accessi e interventi parcellizzati che lo stesso cittadino effettua presso servizi ed enti diversi, a favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi diversi e tra enti diversi, a semplificare le procedure burocratiche a carico del cittadino.

a.1 obiettivi

- Individuazione delle principali sedi dello Sportello integrato
- Definizione delle modalità di funzionamento e finanziamento

a.2 indicatori

- numero di sedi per territorio ULSS
- numero ore operatore dedicati alle attività di sportello per ciascun territorio Aulss
- ammontare delle risorse economiche complessive destinate

Sul fronte del sistema della domanda, si pone invece l'accento sulle seguenti multi-problematicità, rispetto alle quali sono forniti alcuni indirizzi regionali:

b. *Minori e adolescenti con problemi di salute mentale*

La questione della salute mentale dell'età evolutiva e dell'adolescenza, pur presentando aspetti estremamente peculiari dal punto di vista dei bisogni e della complessità organizzativa dei servizi, mostra importanti punti di contatto con l'organizzazione dei DSM, in particolare per:

1. la necessità di collaborazione e integrazione nella transizione dei soggetti che abbisognano di prosecuzione della presa in carico nella maggiore età per disturbi psicopatologici gravi e
2. per la dimostrata importanza della diagnosi tempestiva e di un precoce trattamento dei disturbi gravi che si presentano durante l'adolescenza, come pure dell'individuazione e del monitoraggio dei precoci segnali di fragilità e della franca psicopatologia. Le evidenze cliniche portano dunque a sollecitare l'organizzazione, secondo un'ottica unitaria, di risposte specialistiche e differenziate.

È prevista l'attivazione delle strutture diurne e residenziali necessarie alla realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi specifici ed efficaci, e in particolare per ogni bacino di riferimento, che può includere più Aziende ULSS, di almeno:

- a) una struttura riabilitativa diurna. Si tratta di Servizi Semiresidenziali per la riabilitazione dei disturbi psichiatrici dell'età evolutiva nelle fasi di post-ricovero o di minore acuzie, specificamente adattati all'età e alle patologie stesse (psicosi, episodi depressivi maggiori, disturbi della condotta, tentativi di suicidio, ma anche disturbi del comportamento alimentare, gravi condizioni di disagio socio-ambientale e/o di rischio).
- b) una comunità terapeutico-riabilitativa protetta per adolescenti (14- 21 anni). Si tratta di Comunità per pazienti maschi e femmine di età compresa dai 14 ai 21 anni, con una ricettività della struttura fino ad un massimo di 12 posti. Sono previste per pazienti affetti da psicopatologia rilevante (con risorse attivabili attraverso adeguati interventi terapeutico- riabilitativi) e per soggetti in situazione di grave disagio psico-relazionale e/o con gravi disturbi di comportamento, in condizione di precarietà del supporto familiare. Tali strutture residenziali sono finalizzate ad un intervento terapeutico-riabilitativo personalizzato e continuativo e mediamente prolungato costantemente monitorato e verificato da un'equipe specialistica e multi professionale

c. *Persone, minori e adulte, con problemi di salute mentale e dipendenza da sostanze:*

Si ritiene indispensabile proseguire nel percorso intrapreso e in particolare:

1. promuovere il coordinamento delle azioni di DSM, NPI e dei Ser.T. e favorire un reciproco aumento di competenze tra queste tre aree;
2. approfondire la tematica della comorbilità tra disturbi di personalità e abuso di sostanze al fine di individuare dei parametri di riferimento (es. gravità psicopatologica, disabilità, acuzie...) che possano concorrere a stabilire secondo parametri il più possibile oggettivi la necessità di operare prese in carico parallele dei casi tra i DSM e i Dipartimenti per le Dipendenze;
3. coordinare i percorsi formativi;
4. definire evidenze e parametri organizzativi di strutture residenziali riabilitative definite specifiche per pazienti con "doppia diagnosi".

d. *Persone disabili che presentano problemi di salute mentale:*

si ritiene necessario sviluppare:

1. l'attività di consulenza da parte del DSM ai Servizi Distrettuali per la disabilità, per singoli casi o all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali, prevalentemente come indicazioni e supporto agli operatori;
2. percorsi formativi condivisi, in particolare sulla valutazione della persona con strumenti comuni e sulla costruzione di progetti personalizzati;
3. protocolli di collaborazione, anche per eventuale presa in carico comune delle persone con disabilità intellettiva lieve accompagnata a disturbi emotivi e relazionali, per i quali si ritengano necessari interventi specialistici di carattere psichiatrico;
4. il supporto e la consulenza per i percorsi diagnostico terapeutici relativi ad adulti con disturbi relativi alla condizione postautistica.
5. UVMD (Unità di Valutazioni Multidimensionali Distrettuali) complesse, progetti e strutture dedicate, protocolli operativi, etc.

e. *Persone non autosufficienti*

L'istituzione del recente fondo e la legge regionale sulla non autosufficienza (l.r. 30 del 18/12/2009) hanno avviato un nuovo modo di approcciarsi alle persone che "solo con l'aiuto determinante di altri, possono provvedere alla cura della propria persona e possono mantenere una normale vita di relazione", nonché alle "persone con disabilità che necessitano di interventi socio-riabilitativi e assistenziali in modo continuativo". Tali definizioni connotano il carattere della "non autosufficienza", permettendo l'accesso agli interventi sostenuti dal relativo fondo. Adottando questa logica si supera la frammentazione tra le diverse categorie fino ad oggi utilizzate, con particolare riguardo alla programmazione degli interventi domiciliari e di sostegno economico per le persone con grave disabilità e le persone anziane.

Nel presente documento, al fine di mantenere una coerenza con le attuali linee guida per la definizione dei piani di zona, la programmazione è strutturata mantenendo la separazione tra le due aree (anziani e disabili) anche per gli interventi che rientrano nel fondo della non-autosufficienza; l'istituzione di un unico fondo e l'approvazione della legge regionale sulla non autosufficienza rappresenta un primo passo verso la prospettiva di superamento di tale frammentazione ed apre la strada all'integrazione delle forme di risposta, che già oggi si concretizzano nell'adozione di univoche procedure per il riconoscimento dell'invalidità civile, il diritto all'assegno di accompagnamento e nel far fronte alle tanto dibattute richieste, da parte di alcuni familiari di persone anziane non autosufficienti, di poter accedere ad interventi pensati per le persone disabili, che non sono basati sulla certificazione ISEE.

Si rimanda quindi all'attuazione della l.r. 30/2009 per la definizione dei possibili percorsi operativi in risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti.

f. *Persone anziane con problemi di salute mentale*

L'aumento dell'aspettativa di vita ha favorito l'estendersi della morbilità psichiatrica a una fascia di popolazione sempre più ampia: se è vero ad esempio che entro il prossimo quinquennio il numero di anziani ultrasessantacinquenni costituirà il 15-20% della popolazione generale, almeno il 70% di essi presenterà problemi psichiatrici o psicologici. Oggi, un individuo su tre muore oltre gli 85 anni, con una spettacolare progressione che ha visto allungarsi l'età alla morte dai 50 anni degli inizi del secolo fino agli attuali 73. Ciò comporta, laddove vi è bassa natalità, l'incremento dell'età media della popolazione, ed il conseguente aumento sia delle patologie degenerative del sistema nervoso centrale, sia di un'ampia gamma di disturbi psichici che presentano, inoltre, significative modificazioni in termini di presentazione, decorso e prognosi. La longevità collettiva rende quindi indispensabile e prioritario riprogrammare l'assetto dei sistemi di cura e di assistenza.

In tema di psicopatologia dell'anziano, le persone con disturbi mentali comprendono sia i pazienti psichiatrici che invecchiano che i pazienti che presentano disturbi psichici in età avanzata. Pur non esistendo una stima esatta della distribuzione dei problemi mentali degli anziani è possibile applicare delle estrapolazioni sulla base di dati provenienti da paesi con politiche sanitarie più avanzate.

La lungo assistenza, è un problema che va limitato e affrontato a livello territoriale valutando:

- indicatori sulla presenza di tale bisogno e la tipologia di risposta e l'assenza di eventuali segni di uso improprio e cronico delle strutture come basso turnover in CTRP;
- ricoveri prolungati e ripetuti in SPDC, (assenza di inserimenti lavorativi, abnorme numero di under 65 in casa di riposo, etc).

10. Riferimenti normativi

Area famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizioni di disagio, giovani

Legislazione Regionale

L.r. n. 23 del 3 aprile 1980 “Contributi per il funzionamento della scuola materna non statale”

L.r. n. 32 del 23 aprile 1990 “Disciplina degli interventi regionali per i servizi educativi alla prima infanzia: Asili Nido e Servizi Innovativi”

L.r. n. 17 del 14 novembre 2008 “Promozione del protagonismo giovanile e della partecipazione alla vita sociale”.

Provvedimenti Regionali e Disegni di Legge

DGR n. 3539 del 10 dicembre 2002 “Approvazione linee guida e Protocollo d’Intesa per le scuole di infanzia non Statali della Regione Veneto”

DGR n. 1083 del 18 aprile 2003 “Art. 70 della legge 448/2001. Linee guida per la progettazione degli asili nido nonché di micro nidi nei luoghi di lavoro”

DGR n. 520 del 5 marzo 2004 “Protocollo d’Intesa per la Banca Dati Affidò”

DGR n. 392 del 11 febbraio 2005 “Atto di indirizzo e di organizzazione dei Consultori familiari pubblici della Regione del Veneto (l.r. 28/1977)”

DDL n. 1 del 17 gennaio 2006 “Disposizioni per lo sviluppo e la qualificazione dei servizi educativi per l’infanzia”

DDL n. 8 del 14 febbraio 2006 “Linee di indirizzo e interventi per la promozione e il sostegno della famiglia”

DGR n. 646 del 07 marzo 2006 “Progetto attuativo degli interventi a favore della famiglia relativo alla dgr 3981 del 20.12.2005” Progetto attuativo degli interventi a favore della famiglia relativo alla dgr 3981 del 20.12.2005”

DGR n. 1855 del 13 giugno 2006 “Fondo regionale di intervento per l’Infanzia e l’Adolescenza. Il Veneto a sostegno della famiglia e della genitorialità sociale”;

DGR n. 2430 del 31 luglio 2007 “Riparto del Fondo regionale per le politiche sociali Assegnazioni quote ai Comuni e alle aziende Ulss per interventi a favore dei minori in situazione di disagio e inserimento presso famiglie e strutture tutelari per il 2007 L.R. 313.04.2001 n. 11 art. 133”;

DGR n. 3827 del 27 novembre 2007 “Piano Regionale Infanzia, Adolescenza, Famiglia: biennio gennaio 2008-dicembre 2009”

DGR n. 3923 del 4 dicembre 2007 “Marchio Famiglia: implementazione progetto biennio 2007-2008”

DGR n. 3922 del 4 dicembre 2007 “Interventi a favore dell’adozione nazionale ed internazionale”

DGR n. 4192 del 18 dicembre 2007 “Approvazione dell’Accordo di Programma Quadro in materia di Politiche Giovanili “Il futuro della sostenibilità – la sostenibilità del futuro: I giovani del Veneto”

DGR n. 4575 del 28 dicembre 2007 “Attività dei Centri Provinciali di contrasto e presa in carico dell’è situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale dei minori per il 2008”

DGR n. 569 del 11 marzo 2008 “Approvazione delle Linee Guida 2008 per la protezione e la tutela del minore”

DGR n. 674 del 18 marzo 2008 “Marchio Famiglia: progetto sperimentale Nido in Famiglia”

DGR n. 1132 del 06 maggio 2008 “Approvazione del nuovo protocollo operativo per le adozioni nazionali ed internazionali (art. 39 bis, legge 184/1983)

DGR n. 1842 del 1 luglio 2008 “Piano Infanzia, Adolescenza e Famiglia (PIAF) Area Adozioni: biennio gennaio 2008 – dicembre 2009”

DGR n. 2416 del 8 agosto 2008 “Linee di indirizzo per lo sviluppo dei servizi di protezione e tutela del minore – Biennio 2009/2010”

DGR n.3791 del 2 dicembre 2008 “Approvazione delle Linee Guida 2008 per i servizi sociali e socio sanitari: l’affido familiare in Veneto. Cultura, orientamenti, responsabilità e buone pratiche per la gestione dei processi di affidamento familiare”.

DGR n. 674 del 17 marzo 2009 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Commissione tecnico consultiva – ambito socio sanitario e sociale: modifiche e integrazioni alla Dgr n. 84 del 16.1.2007 – settore servizi alla prima infanzia (lr n. 22/2002)”

DGR n. 1178 del 28 aprile 2009 “Accordo di Programma Quadro in materia di Politiche Giovanili “Il futuro della sostenibilità, la sostenibilità del futuro: i giovani del Veneto: iniziative pilota regionali”;

DGR n. 2168 del 14 luglio 2009 “Piano Regionale Infanzia, Adolescenza, Famiglia: applicazione DGR 3827 del 27.11.2007, assegnazione finanziamenti: anno 2009”;

DGR n. 2570 del 4 agosto 2009 “Interenti a favore di minori stranieri non accompagnati – Piano triennale di interventi 2009 -2011 Prima annualità”;

DGR n. 3416 del 10 novembre 2009 “Approvazione convenzione tra Ministero dell’Interno – dipartimento per Libertà Civili e l’Immigrazione e la Regione del Veneto per il supporto finanziario e tecnico all’attività di accoglienza di minori stranieri non accompagnati”;

DGR n. 3418 del 10 novembre 2009 “Proroga dei te,po previsti nell’allegato A della DGR 2416/2008 relativamente all’atto di recepimento delle Linee Guida, degli Orientamenti e delle Linee di Indirizzo e dell’atto di programmazione sullo sviluppo dei servizi di protezione e cura e delle risorse accoglienti”;

DGR n. 3721 del 30 novembre 2009 “Programma di sviluppo del Marchio Famiglia: approvazione del progetto ‘Distretto Famiglia’ e modalità di attuazione”;

DGR n. 4309 del 29 dicembre 2009 “Interventi regionali in materia di adozioni internazionali (Legge 476/98)”

DGR n. 160 del 26 gennaio 2010 “Criteri di presentazione delle domande per la realizzazione di servizi educativi alla prima infanzia. Anno 2010. L.R. n. 32/90 e L.R. 22/02”;

DGR n. 215 del 3 febbraio 2010 “Approvazione Linee Guida per il servizio di Consultorio Familiare della Regione del Veneto. DGR 3914/08”;

Persone anziane

Legislazione Nazionale

D. Lgs. n. 229 del 19.6.1999 Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’art. 1 della L. n. 419 del 30.11.1998, in particolare *artt. 1 e 3-septies*;

Legge n. 328 del 8 novembre 2000 “legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”

Legge n. 296 del 27 dicembre 2006 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)”, *art. 1 comma 1264*.

Legislazione Regionale

L.R. 55 del 15 dicembre 1982 “Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”

L.R.n. 26 del 4 giugno 1987 “Provvidenze straordinarie a favore delle persone anziane”.

L.R. n. 5 del 3 febbraio 1996 Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1996/1998, *artt. 4, 5, 13, 18 e capp. 1, 2, 3, 4, 5, 8 dell'allegato*

L.R. 11 del 13 aprile 2001 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112”

L.R. 22 del 16 agosto 2002 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali”

L.R. n. 1 del 30 gennaio 2004, Legge finanziaria 2004, art. 33.

L.R. n. 1 del 27 febbraio 2008 “Legge finanziaria regionale per l’esercizio 2008”-- art. 3

L.R. n. 30 del 18 dicembre 2009 “Disposizioni per la istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”

Provvedimenti regionali di governance

DGR n. 5273 del 28 dicembre 1998 “Linee guida regionali sull’attivazione delle varie forme di ADI con particolare riferimento all’ADI ex allegato "H" del DPR n. 484/1996 e art. 32, punto 2, lett. a del DPR n. 613/1996 ADIMED e relative previsioni di fabbisogno assistenziale. Direttive regionali sulla fornitura ed erogazione dei farmaci in ADIMED”

DGR n. 3979 del 9 novembre 1999 “Valutazione multidimensionale dell’adulto e dell’anziano. Approvazione scheda SVAMA”

DGR n. 751 del 10 marzo 2000 “Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva. PSSR 1996/1998 (lr n. 5/1996 art. 13, comma 3 - art. 17)”

DGR n. 39 del 17 gennaio 2006 “Piano Locale Domiciliarità”

DGR n. 464 del 28 febbraio 2006 “L’assistenza alle persone non autosufficienti (lr n. 1/2004 art. 34, comma 1)”

DGR n. 2109 del 4 luglio 2006 “Interventi di sostegno alla domiciliarità per persone non autosufficienti anziane e disabili. Accordo di programma con Anci Veneto”

DGR n. 4135 del 19 dicembre 2006 “Assegno di cura per persone non autosufficienti. Procedure per l’anno 2007”

DGR n. 84 del 16 gennaio 2007 “L.R. 16 agosto 2002, n. 22 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali” – Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l’accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali DGR 2367/2007”

DGR n. 394 del 20 febbraio 2007 “Indirizzi e interventi per l’assistenza alle persone non autosufficienti (lr n. 1/2004 art. 34, comma 1 - lr n. 2/2006 art. 4). ”

DGR n. n. 457 del 27 febbraio 2007 “Disposizioni alle Aziende Ulss per l’assistenza di persone non autosufficienti nei centri di servizio residenziali e per la predisposizione del Piano locale della non autosufficienza. Dgr n. 464/2006 e Dgr n. 394 del 20.2.2007”

DGR n. 456 del 27 febbraio 2007 “Criteri di accesso ai servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti Dgr 394/2007. Integrazioni allo schema tipo di regolamento di cui alla Dgr n. 38/2006”

DGR n. 287 del 12 febbraio 2008 “Assegno di cura per persone non autosufficienti. Procedure dall’anno 2008”

DGR n. 2828 del 22 settembre 2009 “Dgr n. 764 del 24.3.2009. Indizione di gara mediante procedura aperta per l’affidamento del servizio di assistenza di telesoccorso e telecontrollo a domicilio con sistemi telematici integrati. Aggiudicazione all’impresa Tesan spa con sede legale in Vicenza”

DGR n. 3903 del 15 dicembre 2009 “Dgr n. 1322 del 8.5.2007: “Legge finanziaria per l’esercizio 2007 (lr n. 2/2007 art. 22)”. Adempimenti conseguenti”

Disabilità

Legislazione Nazionale

- D.P.R. n. 616 del 24 luglio 1977* “Attuazione della delega di cui all’art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382”
- Legge n. 113 del 29 marzo 1985* “Aggiornamento della disciplina del collocamento al lavoro e del rapporto di lavoro dei centralinisti non vedenti”
- Legge n. 13 del 9 gennaio 1989* “Disposizioni per favorire il superamento e l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati”
- Legge n. 104 del 5 febbraio 1992* “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”
- Legge n. 284 del 28 agosto 1997* “Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l’integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati”
- Legge n. 162 del 21 maggio 1998* “Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104 concernente misure di sostegno in favore di persone con handicap grave”
- Legge n. 328 del 8 novembre 2000* “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”
- Legge n. 68 del 12 marzo 1999* “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”
- DPCM n. 185 del 23 febbraio 2006* “Regolamento recante modalità e criteri per l’individuazione dell’alunno come soggetto in situazione di handicap ai sensi dell’art. 35, comma 7, della Legge 27 dicembre 2002, 289”

Legislazione Regionale

- L.R. n. 55 del 15 dicembre 1982* “Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”
- L.R. n. 11 del 13 aprile 2001* “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112”
- L.R. n. 16 del 3 agosto 2001* “Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili in attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 e istituzione del servizio integrazione lavorativa presso le aziende ULSS”
- L.R. n. 22 del 16 agosto 2002* “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali”
- L.R. n. 16 del 12 luglio 2007* “Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche”
- L.R. n. 30 del 18 dicembre 2009* “Disposizioni per la istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”

Provvedimenti Regionali di governance

- DGR n. 1859 del 13 giugno 2006* “Linee di indirizzo per il sistema della domiciliarità e della residenzialità Area Disabili – Art. 26 e 27 L.R. 9/2005”
- DGR n. 331 del 13 febbraio 2007* “Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità secondo ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute: approvazione e introduzione di Svamdi per l’accesso ai servizi sociali e socio sanitari”
- DGR 2248 del 17 luglio 2007* “Modalità e i criteri per l’individuazione dell’alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell’integrazione scolastica (DPCM 23 febbraio 2006 n. 185)”
- DGR n. 2575 del 4 agosto 2009* “Individuazione e approvazione dei criteri per la messa a regime della nuova Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili (SVaMDi)”
- DGR n. 3242 del 30 novembre 2001* “Programma settoriale relativo all’assistenza territoriale Art. 13 L.R. n. 5/96 – PSSR 1996/1998) APPROVAZIONE DEFINITIVA”
- DGR n. 3350 del 7 dicembre 2001* “Norme di organizzazione del servizio di Integrazione Lavorativa presso le Aziende ULSS – art. 12 L.R. 16 del 3 agosto 2001”

DGR n. 4230 del 30 dicembre 2003 “Legge 162/98, art. 1 – Interventi di sostegno a favore delle persone con handicap grave: programma regionale”

DGR n. 4588 del 28 dicembre 2007 “Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (UVMD) di cui alla DGR 3242/2001 – Approvazione Linee di indirizzo alle Aziende ULSS”

DGR n. 4589 del 28 dicembre 2007 “Indirizzi per la determinazione dei livelli di assistenza alle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali. Attuazione dell’ Art. 59 della L.R. 2 /2007”

DGR n. 3856 del 3 dicembre 2004 “L.R. n. 5 del 3 febbraio 1996, art. 13. Erogazione prestazioni sanitarie “Approvazione schema tipo convenzione tra Aziende ULSS e Centri Servizio”

DGR n. 2575 del 4 agosto 2009 “Individuazione e approvazione dei criteri per la messa a regime della nuova Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili (SVaMDi)”

DGR n. 2827 del 22 settembre 2009 “Residenzialità extraospedaliera per persone con disabilità. Scheda di rilevazione e di rendicontazione della residenzialità e della semiresidenzialità in area disabili”.

DGR n. 2824 del 18 settembre 2003 “L. 162/98 – Progetto Vita Indipendente”

DGR n. 3279 del 22 ottobre 2004 “Approvazione delle Linee Guida per la predisposizione del progetto personale di Vita Indipendente”

DGR n. 865 del 31 marzo 2009 “Progetti Vita Indipendente: Legge 5 febbraio 1992, n. 104, articolo 39 lettera l-ter”

DGR n. 39 del 17 gennaio 2006 “Piano Locale Domiciliarità”

DGR 2248 del 17 luglio 2007 “Modalità e criteri per l’individuazione dell’alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell’integrazione scolastica (DPCM 23 febbraio 2006, n. 185)”

DGR n. 1137 del 6 maggio 2008 “Il sistema della domiciliarità: finanziamento per l’anno 2008 dei Piani Locali per la Domiciliarità e dei Piani Locali della Disabilità”

Dipendenze

Legislazione nazionale

D.P.R. n. 309 del 9 ottobre 1990 "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"

D.Min.San. n. 444 del 30 novembre 1990 "L'organizzazione e il funzionamento dei Ser.T"

D.Min.San. 3 agosto 1993 "Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoolodipendenza"

Accordo Stato-Regione 21 gennaio 1999 "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"

Legge n. 45 del 18 febbraio 1999, "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze"

Accordo Stato-Regioni 5 agosto 1999 "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso"

D.P.C.M. 10 settembre 1999 "Atto di indirizzo e coordinamento recante criteri generali per la valutazione e il finanziamento di progetti, ai sensi dell'art. 27 del D.P.R. 309/90, come sostituito dall'art. 1, c. 2 della L. 45/99"

Legge n. 328 del 8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Legge n. 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati"

Decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 2001 "Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali."

Accordo tra Stato e Regioni 8 agosto 2001 in materia sanitaria - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"

Legge n. 49 del 27 febbraio 2006 "Legge sulla droga Fini- Giovanardi "

Decreto del Ministro della Salute Livia Turco del 4 agosto 2006 " Modificazione del decreto ministeriale 11 Aprile 2006, indicante i limiti quantitativi massimi , riferibile ad un uso esclusivamente personale , delle sostanze elencate nella tabella I del Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope.

Accordo d'intesa Stato Regioni 30 ottobre 2007 "Modalità dell'accertamento dell'assenza di tossicodipendenza in lavoratori addetti a mansioni a rischio"

Accordo tra la Conferenza delle Regioni e FICT e CNCA, del 29 ottobre 2009.

Legislazione regionale:

L.R. n. 5 del 3 febbraio 1996 "Piano Socio Sanitario per il triennio 1996/1998" : dipartimenti funzionali ed UO semplici e complesse: vincoli normativi ed organizzativi:

L.R. n. 22 del 16 agosto 2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali

Salute Mentale

Legislazione Europea

Dichiarazione sulla Salute Mentale per l'Europa - "Affrontare le sfide, creare le soluzioni" (2005)

Piano d'azione sulla Salute mentale per l'Europa- "Affrontare le sfide, creare le soluzioni" (2005)

Patto Europeo per il Benessere e la Salute Mentale - Conferenza UE, Bruxelles 12-13 giugno 2008

Legislazione Nazionale

Legge n. 180 del 13 maggio 1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"

DPR 1 novembre 1999 "Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000"

Accordo Stato-Regioni del 20 marzo 2008 - Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale

Legislazione Regionale:

DGR n. 1616 del 17 giugno 2008 "Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali")"

DGR n. 847 del 31 marzo 2009 "Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)"- (artt. 33 e 34 L.n. 833 del 13.12.1978 e L. n. 180 del 13/5/1978)

DGR n. 1883 del 23 giugno 2009 "Approvazione del Disciplinare tecnico per il flussi informativi dell' Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT)"

DGR n, 651 del 9 marzo 2010 "Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della Salute mentale - triennio 2010-2012 (L.R. n. 5/1996, DGR n. 105/CR del 14/07/2009)"

Marginalità Sociale

AREA PENALE

Legislazione Nazionale

Legge n. 354 del 26 luglio 1975 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà", art. 45 e art. 46.

D.P.R. n. 616 del 24 luglio 1977, "Attuazione della delega di cui all'art. 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382", art. 23.

D.P.R. n. 230 del 30 giugno 2000 "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà", art. 1, art. 2, comma 6, art. 94 e art. 95.

Legge n. 328 dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" prevede, art. 2 comma 3 e art. 19.

Linee Guida per l'inclusione sociale dei soggetti sottoposti ai provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria – Ministero della Giustizia Marzo 2008

Legislazione Regionale

L.R. n. 55 del 15 dicembre 1982 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale" Protocollo d'Intesa Regione Veneto – Ministero della Giustizia 8 aprile 2003

Provvedimenti Regionali

DGR n. 1179 del 28 aprile 2009 "Iniziativa socio educativa a favore di persone detenute e in area penale esterna. Determinazione dei criteri, requisiti, modalità e termini per la presentazione e il finanziamento dei progetti (Protocollo d'intesa Regione Veneto e Ministero della giustizia 3.4.2003)"

AREA DELL'ESCLUSIONE SOCIALE

Legislazione Nazionale

Legge n. 328 dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", art. 2 comma 3 e art. 28.

Legislazione Regionale

DGR n. 537 del 3 marzo 2009 "Nuove disposizioni per l'erogazione di interventi economici straordinari o eccezionali ai sensi dell'art. 3 L.R. 11.03.1986, n. 8".

DGR n. 1180 del 24 aprile 2009 "Piani di azione di inclusione sociale a favore di persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale, di persone in povertà estrema e senza dimora. Determinazione dei criteri, requisiti, modalità e termini per la presentazione e il finanziamento degli interventi locali di inclusione sociale (lr n. 41/1997 art. 28 - ls n. 328/2000)".

DGR n. 2919 del 29 settembre 2009 "Approvazione Relazione Sociale Osservatorio regionale sul reddito di cittadinanza e sul salario minimo garantito (art. 33 della Legge regionale n 2 del 19 febbraio 2007)".

DGR n. 156 del 26 gennaio 2010 "Anno europeo della lotta alla povertà e all'esclusione sociale. Approvazione Programma regionale denominato "Reti e strategie condivise per l'inclusione sociale"

AREA VITTIME DI TRATTA E SFRUTTAMENTO

Legislazione Europea

Convenzione del Consiglio d'Europa per il rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, art. 3 e art. 4.

Legislazione Nazionale

Decreto Legislativo. n. 286 del 25 luglio 1998, "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", art. 18.

Legge n. 228 del 11 agosto 2003 "Misure contro la tratta di persone"

Legge n. 228 del 11 agosto 2003 "Misure contro la tratta di persone"

Legislazione regionale

Legge regionale n. 41 del 16 dicembre 1997 “Abuso e sfruttamento sessuale: interventi a tutela e promozione della persona”

Provvedimenti Regionali

DGR n. 1180 del 28 aprile 2009 “Piani di azione di inclusione sociale a favore di persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale, di persone in povertà estrema e senza dimora. Determinazione dei criteri, requisiti, modalità e termini per la presentazione e il finanziamento degli interventi locali di inclusione sociale (lr n. 41/1997 art. 28 - ls n. 328/2000)”.