



L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA ALLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

1. Premessa

Il costante aumento della popolazione anziana rappresenta uno dei grandi progressi e delle grandi conquiste della nostra epoca, ed in particolare dei Paesi del nostro continente.

Di conseguenza, il correlato fenomeno di crescita della condizione di non autosufficienza della persona anziana ha registrato anch'esso un progressivo aumento in particolare delle malattie croniche e cronico degenerative .

Fenomeno questo che nel nostro Paese ha prodotto in questi anni un significativo aumento della domanda di salute e di protezione sociale, accompagnata da una maggiore richiesta qualitativa e quantitativa di servizi sociali, socio sanitari e sanitari, sia a carattere domiciliare che semiresidenziale e residenziale.

Servizi che aumentati costantemente negli ultimi decenni hanno progressivamente favorito:

- La riduzione del tasso di mortalità e del tasso di ospedalizzazione delle persone anziane non autosufficienti;
- Un notevole miglioramento della qualità e quantità di vita della popolazione anziana in condizione di non autosufficienza
- Un forte sviluppo dell'occupazione, in particolare di natura femminile:

Con il preciso scopo di dare una risposta mirata e sostenibile alle conseguenti ripercussioni sociali, economiche e finanziarie di questo fenomeno, il Legislatore Regionale con una serie di successivi provvedimenti, in particolare con la deliberazione n. 751 del 10 marzo 2000, ha voluto proporre un primo modello di programmazione quantitativa e qualitativa di servizi e di modelli assistenziali a favore della popolazione anziana in condizione di non autosufficienza non assistibile a domicilio, programmando le attività di assistenza residenziale e semi residenziale in ambito territoriale e classificandone il carattere intensivo ed estensivo, in attuazione a quanto disposto dal "Piano Socio-Sanitario Regionale 1996-1998" di cui alla legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5.

I risultati raggiunti, in attuazione degli indirizzi e delle disposizioni contenuti nella DGR n. 751/2000 hanno così permesso di sviluppare sul territorio Regionale aspetti di eccellenza favorendo:

- Il compiuto inserimento della residenzialità e della semiresidenzialità nella rete dei servizi alla persona, come sistema funzionalmente integrato con il complesso dei sanitari e servizi socio sanitari territoriali;
- la definizione di un nuovo modello di valutazione della condizione di non autosufficienza finalizzato all'appropriato accesso ai servizi residenziali,

semiresidenziali e domiciliari, che per quantità e qualità dell'offerta costituiscono un grande patrimonio della nostra Regione e delle comunità locali;

- la programmazione dell'offerta di residenzialità e semiresidenzialità nei vari ambiti territoriali attraverso lo strumento dei Piani di Zona e i Piani Attuativi Locali.

Questo primo percorso richiede ora, sulla scorta dell'esperienza maturata dai vari attori della rete e dalle previste criticità che si sono rilevate, lo sviluppo di una nuova fase di programmazione che offra maggiori garanzie di :

- equa flessibilità dell'offerta quale presupposto di efficacia e efficienza nel complesso dei servizi richiesti dalle famiglie, dalle persone e dagli Enti locali, al fine di meglio rispondere ai crescenti bisogni di servizi sociali, socio sanitari e sanitari a favore delle persone anziane in condizioni di non autosufficienza.;
- sostenibilità del sistema per quanto attiene la programmazione economica, finanziaria e per lo sviluppo di una politica di investimenti, finalizzata alla valorizzazione e alla implementazione del patrimonio edilizio.

Tale nuova dimensione impone oggi la necessità di introdurre migliori e più efficienti strumenti e modalità che facilitino il rapporto tra i vari soggetti pubblici e privati sinergicamente e con pari dignità impegnati nella gestione del sistema integrato dei servizi alla persona.

Tre sono i principali orientamenti strategici che richiedono di essere perseguiti ma rivisitati e migliorati, in quell'ottica di continuità prefigurata dalla DGR n. 751/2000:

- 1) La centralità del cittadino e del suo diritto alla libera scelta, che ha trovato nella precedente programmazione un primo se pur parziale riconoscimento, e che ora necessita di un miglioramento per quanto attiene l'articolazione delle procedure, la loro flessibilità, rimuovendo quegli eccessi di burocratizzazione emersi in ambito locale;
- 2) La programmazione Regionale e Territoriale delle risorse e dell'offerta, superando la rigidità dei confini espressi dagli ambiti territoriali delle Aziende Socio Sanitarie Locali.
- 3) L'attivazione di provvedimenti che favoriscano l'attuazione e lo sviluppo qualitativo e quantitativo dell'offerta di servizi al cittadino, in un giusto rapporto di garanzia gestionale dei soggetti erogatori di servizi, in un ottica di uniformità applicativa sull'intero territorio Regionale.

Sviluppando questi principi si propone un modello di residenzialità e semiresidenzialità che favorisca l'incontro tra la centralità del cittadino attuata attraverso la sua libertà di scelta, e la garanzia di programmazione economica, finanziaria ed occupazionale dei centri di servizio favorendo anche lo sviluppo di modelli competitivi dell'offerta.

Modelli che dovranno comunque basarsi sulla centralità della persona quale principale fine del servizio, e focalizzati su progetti assistenziali e riabilitativi mirati, equi e sostenibili a fronte di una sempre più crescente difficoltà finanziaria delle famiglie e degli Enti locali di partecipare alla spesa.

L'orientamento crescente delle famiglie di accudire in casa le persone in condizione di non autosufficienza non assistibili a domicilio è per altro un segnale che denota, da un lato la difficoltà delle famiglie di partecipare alla spesa di servizi residenziali e

semiresidenziali, dall'altro l'evolversi di una coscienza sempre più responsabile nell'assumere precise responsabilità nella gestione di specifiche vicende assistenziali.

Ciò comporta da parte del Legislatore e degli attori sociali, la necessità di sviluppare:

- modelli maggiormente efficaci, in quel giusto equilibrio tra i costi e benefici;
- un progressivo coinvolgimento e la partecipazione attiva di tutti gli attori e delle forze sociali propositivo allo sviluppo e implementazione della rete dei servizi.

In tale ottica è necessario ricercare sinergie e forme di collaborazione tali da far convergere le risorse della domiciliarità, della residenzialità, della semiresidenzialità e dei servizi sanitari, in percorsi di pianificazione territoriale che considerino globalmente le esigenze della singola persona, e le legittime garanzie gestionali dovute agli attori della rete dei servizi.

È necessario quindi adeguare in modo flessibile e dinamico l'offerta di assistenza alla continua evoluzione della domanda, recependo a livello locale gli orientamenti Regionali.

La presa in carico del cittadino in condizione di bisogno come precisa scelta di politica Regionale impone di qualificare l'intero sistema socio-sanitario e assistenziale rivolto alle persone non autosufficienti sotto il profilo della:

- definizione dei livelli di offerta sia di natura strutturale che per tipologia di servizio;
- elaborazione di modelli gestionali flessibili ed integrati tra loro, che mettano in sinergia i percorsi della domiciliarità e della residenzialità con quelli prettamente di natura sanitaria, garantendo condizioni di sostenibilità finanziaria sia da parte delle famiglie che degli enti locali;
- diversificazione dei percorsi assistenziali per le persone non autosufficienti, promuovendo e privilegiando l'organizzazione di servizi di accoglienza sempre più specializzati, ed implementando i servizi di accoglimento temporaneo per meglio rispondere ai crescenti bisogni di riabilitazione e di emergenza sociale e socio sanitaria, anche attraverso la sperimentazione di modelli gestionali e specifiche progettualità che differenziano i costi rispetto alle tradizionali forme di accoglienza, ed un raccordo con altre linee di intervento quali centri diurni e notturni, servizi residenziali di sollievo, di riabilitazione, ecc.

Fermo il principio della centralità del cittadino da attuarsi secondo il principio libera scelta, con il presente provvedimento si definiscono gli indirizzi e gli orientamenti che costituiscono il sistema di riferimento per rendere efficaci gli interventi rivolti alle persone non autosufficienti.

Provvedimento che definisce il ruolo della Regione, delle Aziende ULSS, dei Comuni, delle Conferenze dei Sindaci e degli altri attori a vario titolo operanti nella rete dei servizi a favore delle persone non autosufficienti, con particolare riferimento:

- al consolidamento del principio di libera scelta del cittadino;
- alla definizione del ruolo della Regione, delle Aziende ULSS, dei Comuni, delle Conferenze dei Sindaci e degli altri attori a vario titolo operanti nella rete dei servizi a favore delle persone non autosufficienti;

2. La libera scelta del cittadino nel sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali.

Nel rispetto dei principi definiti dalla Legge quadro nazionale, le politiche sociali Regionali si pongono l'obiettivo di costruire un sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari tali da garantire a tutti i cittadini pari opportunità di fruizione e completa accessibilità, nel rispetto della dignità della persona e della scelta che la stessa esprime direttamente o indirettamente previo consenso informato di chi per lui, avente titolo, la rappresenti.

Nell'ambito della residenzialità e semiresidenzialità la libera scelta si concretizza nella facoltà del cittadino o di chi per lui lo rappresenti, avente titolo, di scegliere il Centro Servizi maggiormente rispondente al bisogno espresso, alle aspettative di assistenza socio-sanitaria e sociale e compatibile con le proprie condizioni economiche.

3. Il ruolo della Regione

Nel pieno rispetto della dignità del cittadino in condizione di non autosufficienza e del diritto costituzionalmente riconosciutogli di ricevere adeguati servizi, nella piena facoltà di libertà di scelta o di chi per lui lo rappresenti avente titolo, provvede il sistema integrato dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali a carattere residenziale, semiresidenziale e domiciliare, vi provvede la Regione attraverso tre specifici interventi di indirizzo programmatico, normativo, sperimentale.

- 1) l'individuazione dei livelli minimi essenziali di assistenza sanitaria e sociale;
- 2) il fabbisogno di residenzialità e semiresidenzialità secondo le disposizioni contenute nel presente provvedimento e nella normativa vigente (art. 34, LR 1/04 e art 4 L.R. n° 2/2006);
- 3) la programmazione del fabbisogno finanziario nel medio-lungo periodo;
- 4) la programmazione annuale del numero complessivo di impegnative di residenzialità disponibili a livello regionale e spendibili all'interno dei centri di servizio convenzionati secondo la vigente disposizioni, e convertiti in appositi accordi contrattuali con l'entrata a regime della L.R. 22/02, operanti sul territorio.
- 5) la programmazione annuale del numero complessivo di impegnative di residenzialità per cittadini Religiosi in condizione di non autosufficienza spendibili all'interno dei specifici centri di servizio gestiti dalle Congregazioni Religiose, promuovendo e favorendo forme di associazione tra più Congregazioni Religiose.
- 6) la programmazione di attività formative capaci di garantire il sistema dei servizi alla persona con figure professionali previste dagli standard regionali.
- 7) una precisa rilevazione del patrimonio edilizio esistente e la verifica della sua congruità con gli standard regionali vigenti e con le norme nazionali di

- riferimento in materia di sicurezza, promuovendo con gli Enti gestori eventuali specifici accordi sulla base di piani pluriennali, per le necessarie opere di riqualificazione e di adeguamento.
- 8) Il riordino e la omologazione delle principali definizioni in materia sociale e socio sanitaria;
 - 9) le modalità di integrazione tra i servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari (Piano Locale della non autosufficienza);
 - 10) la definizione anche attraverso l'integrazione alla DGR 38 del 17 gennaio 2006, di un regolamento regionale per l'accesso ai servizi residenziali semiresidenziali a valere in modo uniforme sul territorio regionale, secondo i seguenti indirizzi:
 - a) l'accertamento della condizione di non autosufficienza del cittadino richiedente in rapporto ai profili della S.Va.M.A
 - b) la modalità e i criteri per la compilazione e il costante periodico aggiornamento della graduatoria dei cittadini aventi titolo al rilascio della impegnativa di residenzialità, di semi residenzialità, graduatoria messa costantemente a disposizione dei centri di servizio;
 - c) la messa a disposizione al cittadino o di chi per lui avente titolo o delegato, della valutazione multidimensionale affinché lo stesso possa attivarsi per la scelta del centro servizio meglio rispondente alle proprie esigenze. Scelta che attiverà il titolo al rimborso della quota di rilievo sanitario da parte del centro servizio solo contestualmente al rilascio della impegnativa di residenzialità;
 - d) la gestione, le modalità e i tempi di rilascio della impegnativa di residenzialità a favore dei cittadini aventi titolo, nel rispetto della programmazione Regionale ;
 - e) le modalità di gestione delle impegnative di residenzialità per i cittadini ospiti dei centri di servizio che mutino la loro condizione di autonomia da autosufficienti a non autosufficienti;
 - f) la presa d'atto e conseguente registrazione nel Registro Unico Regionale della scelta effettuata dal cittadino titolare dell'impegnativa di residenzialità o di semiresidenzialità per il centro servizio dove lo stesso intende essere accolto, e l'effettivo avvenuto accoglimento;
 - g) il monitoraggio e il rispetto dei progetti terapeutici e riabilitativi definiti all'atto della valutazione multidimensionale, messa preliminarmente a disposizione del centro servizi prescelto dal cittadino richiedente l' impegnativa di residenzialità ;
 - 11) le modalità dei piani pluriennali di riqualificazione dei centri servizi che a seguito di quanto previsto al paragrafo 3 punto 7 risultino carenti sotto il profilo strutturale;
 - 12) il provvisorio accorpamento dei profili di non autosufficienza e la determinazione del punteggio di gravità a valere sull'intero territorio regionale, del profilo

emergente dalla scheda S.Va.M.A. in relazione agli attuali livelli di ridotta/minima e media intensità assistenziale. Il tutto in attesa dei risultati della sperimentazione di cui alla DGR 2831 del 4 ottobre 2005, "Implementazione del sistema S.Va.M.A.. Approvazione progetto: determinazione standardizzata dei carichi assistenziali sui profili e validazione della S.Va.M.A.";

- 13) l'analisi della retta minima, media e massima applicata dai centri di servizio, attraverso studi, prefigurando la adozione di omogenei piani dei conti per gli enti gestori i centri di servizio, onde individuare e parametri regionali minimi e massimi;
- 14) la rivisitazione degli standard organizzativi e strutturali dei servizi residenziali e semiresidenziali, in rapporto alle diverse classificazioni dei profili di non autosufficienza e dei correlati carichi, correlati agli esiti socio-sanitari;
- 15) lo sviluppo di un sistema informativo regionale ad hoc che attivi un flusso di dati standardizzati utile, da un lato al monitoraggio delle unità di offerta e implementato dai centri di servizio favorendo il cittadino nell'attuazione del principio di libera scelta dall'altro permettendo di avere in tempo reale anche da parte degli attori della rete (Ulss, Comuni, Dipartimenti Ospedalieri, Distretti Socio Sanitari, ecc.) le disponibilità di servizi di accoglienza da parte dei centri servizio.
- 16) La costruzione sperimentale di Piani di Zona del Volontariato, finalizzati alla valorizzazione e coordinamento del grande patrimonio Regionale di Associazioni e di singoli cittadini, che nel rispetto della peculiari vocazioni volontarie ne favorisca un efficace e coordinata attività a favore della rete locale a servizio delle persone non autosufficienti.

La realizzazione di questi interventi nelle diverse articolazioni sopra esposte, consente di introdurre nel sistema attuale quegli elementi di cambiamento a carattere strutturale, organizzativo e gestionale finalizzati a un nuovo e più attuale sistema di protezione sociale e socio sanitaria a favore dei cittadini in condizione di non autosufficienza e delle loro famiglie.

4. Il ruolo dei Comuni

I Comuni, anche attraverso la Conferenza dei Sindaci, concorrono in modo determinante, con le modalità previste alla costruzione del Piano di Zona, e alla predisposizione del Piano Locale per la non autosufficienza con lo scopo di far convergere il sistema della domiciliarità con quello della residenzialità e della semiresidenzialità.

Per altro la strategia assistenziale prevalente rivolta alle persone non autosufficienti considera prioritario lo sviluppo dei processi assistenziali nel proprio domicilio.

Il sistema assistenziale integrato costituito dai percorsi della domiciliarità, della residenzialità e della semiresidenzialità opera per assicurare condizioni di salute e di cura alla persona nel contesto della rete delle relazioni affettive e sociali.

In tale prospettiva il Piano Locale per la non autosufficienza deve necessariamente integrare tutte le risorse disponibili sul territorio promuovendo lo sviluppo ed il coordinamento di azioni assistenziali composite.

Al fine di favorire lo sviluppo di progetti integrati, il Piano Locale per la non autosufficienza è opportuno favorisca la candidatura dei centri residenziali affinché possano assumere un ruolo specifico di referenti dei processi assistenziali delle persone non autosufficienti trasformandosi in riferimenti territoriali e punti di accesso alla rete per la gestione dei servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali.

La Conferenza dei Sindaci in accordo con le Aziende ULSS e con il coinvolgimento delle altre risorse presenti sul territorio e rappresentate da soggettività pubbliche e private che integrano e migliorano il sistema dei servizi per le persone non autosufficienti, predispongono gli strumenti di programmazione locale in relazione alla peculiarità territoriale, alla domanda accertata e alle vincolanti risorse rese disponibili della programmazione Regionale, disponendo l'approvazione del Piano Locale per la non autosufficienza predisposto dall'Aziende ULSS.

Le Aziende Ulss e le Conferenze dei Sindaci entro 180 giorni dall'approvazione del presente atto provvedono ad aggiornare il regolamento per il funzionamento della UVMD, e ne trasmettono copia alla Direzione Regionale.

I comuni partecipano al processo di presa in carico delle persone non autosufficienti fino dalla prima fase di richiesta di risposta al bisogno espresso.

In tale prospettiva il Piano Locale per la non autosufficienza deve necessariamente integrare tutte le risorse disponibili sul territorio promuovendo lo sviluppo ed il coordinamento di azioni assistenziali composite.

Il Piano Locale deve essere presentato alla Regione entro il mese di ottobre dell'anno precedente all'esercizio di riferimento utilizzando, per esigenze di uniformità, la modulistica predisposta dalla Direzione regionale per i servizi sociali.

Annualmente la Regione attribuisce a ciascuna Aziende ULSS una dotazione finanziaria tenuto conto dei dati espressi nel Piano Locale per la non autosufficienza e nei limiti fissati dalla programmazione regionale.

Ogni Piano Locale per la non autosufficienza contiene una sezione relativa ai rendiconti gestionali e finanziari sulla attività svolta e sui livelli organizzativi e assistenziali conseguiti, in relazione alla programmazione regionale e la sua attuazione in ambito locale.

5. Il ruolo delle Aziende ULSS

Le Aziende ULSS concorrono alla predisposizione del Piano Locale per la non autosufficienza e garantiscono nel proprio ambito territoriale il rispetto ed i vincoli della programmazione regionale.

Esplicano le funzioni ad esse delegate dalle norme regolamentari in materia, nel rispetto di quanto previsto dal regolamento regionale per l'accesso ai servizi residenziali semiresidenziali e di assistenza domiciliare a valere in modo uniforme sul territorio regionale che sarà oggetto di apposito provvedimento della G.R.V. , le Aziende Ulss assumendo sostanzialmente le seguenti funzioni:

- 1) accertano la condizione di non autosufficienza del cittadino richiedente in rapporto ai profili della S.Va.M.A di cui alla DGR n° 3979 del 9 novembre 1999, considerato che tale scheda è lo strumento di valutazione della U.V.M.D. per l'individuazione del progetto assistenziale più consono alle esigenze della persona. Attraverso la S.Va.M.A viene quindi definito il profilo di non autosufficienza della persona in relazione al quale, possono essere stabilite le diverse articolazioni delle risposte assistenziali.
- 2) garantiscono le modalità, i criteri di compilazione e il costante periodico aggiornamento della graduatoria dei cittadini aventi titolo al rilascio della impegnativa di residenzialità, di semi residenzialità o all'intervento di assistenza domiciliare;
- 3) gestiscono i tempi di rilascio della impegnativa di residenzialità a favore dei cittadini aventi titolo, nel rispetto della programmazione Regionale ;
- 4) prendono atto, iscrivendo nel Registro Unico Regionale la scelta effettuata dal cittadino titolare dell'impegnativa di residenzialità o di semiresidenzialità per il centro servizio dove lo stesso viene accolto;
- 5) assicurano il monitoraggio e il rispetto dei progetti terapeutici e riabilitativi definiti all'atto della valutazione multidimensionale.
- 6) mettono preliminarmente a disposizione del cittadino o di chi per lui avente titolo o delegato la valutazione multidimensionale affinché lo stesso possa attivarsi per la scelta del centro servizio meglio rispondente alle proprie esigenze;
- 7) assicurano il monitoraggio ed il rispetto delle vincolanti risorse rese disponibili della programmazione Regionale e Locale.
- 8) assicurano ai centri di servizio con la sottoscrizione dell'apposita convenzione prevista DGR 3856 del 3 dicembre 2004, le condizioni di assistenza sanitaria delle persone non autosufficienti sulla base della normativa vigente;
- 9) stipulano appositi accordi con i Centri di Servizio per l'accoglienza temporanea di persone anziane non autosufficienti;
- 10) svolgono le attività di monitoraggio, verifica e controllo previste dalle disposizioni regionali vigenti;
- 11) promuovono e propongono nel Piano Locale per la non autosufficienza la presenza nel territorio di almeno un Centro Diurno organizzato e strutturato per l'accoglienza di persone non autosufficienti con morbo di Alzheimer;

- 12) Per quanto attiene al Piano Locale per la non autosufficienza le Aziende ULSS provvedono ad attivare processi per la formulazione dello stesso secondo i criteri, le finalità e gli obiettivi del Piano, entro 90 giorni dall'approvazione delle Linee Guida.
- 13) Provvedono alla rilevazione annuale del tasso di occupazione per ogni singolo centro di servizio e, quando questo risulti significativamente inferiore a quello medio rilevato localmente, ne accertano le cause e relazionano alla Conferenza dei Sindaci.

In particolare le Aziende ULSS possono procedere in accordo con i centri di servizio alla qualificazione dei posti di residenzialità prevedendo anche programmi di riconversione per l'accoglienza temporanea e per la trasformazione di posti in centri diurni e come sopra esposto favorendo l'inclusione dei centri di servizio anche nei processi di assistenza domiciliare integrata.

6. Il ruolo dei Centri Servizi Residenziali e Semiresidenziali

Il sistema della residenzialità e semiresidenzialità nella Regione Veneto è caratterizzato dalla presenza nel territorio di un considerevole numero di Centri di Servizio sia residenziali che semiresidenziali, che assicurano risposte efficienti ed efficaci ai bisogni delle persone in condizione di non autosufficienti.

Questo per favorire la effettiva possibilità di libera scelta da parte del cittadino, e lo sviluppo reale di modelli competitivi dell'offerta.

Spetta comunque alla programmazione regionale definire in sede di prima applicazione della presente il parametro per singolo ambito territoriale considerando nel tempo le indicazioni e le analisi contenute anche nel Piano Locale della non autosufficienza.

La tipologia delle unità di offerta, gli standard strutturali ed organizzativi, i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento, l'idoneità professionale, il convenzionamento con le Aziende ULSS secondo le vigenti disposizioni di legge, da convertirsi in autorizzazione all'esercizio, accreditamento e appositi accordi contrattuali con l'entrata a regime della L.R. 22/02, sono determinati dalla Regione in applicazione dei conseguenti provvedimenti attuativi.

Ai fini dell'accoglienza delle persone non autosufficienti i Centri di Servizio residenziali e semiresidenziali provvedono a:

- assicurare l'accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali secondo le modalità indicate nel regolamento regionale previsto al paragrafo 3 punto 10
- garantire il mantenimento degli standard strutturali, organizzativi e gestionali in riferimento alle idoneità professionali rilasciate.;
- collaborare con l'Aziende ULSS e con gli enti locali per assicurare processi integrati per l'accoglienza e l'assistenza delle persone non autosufficienti;

- assicurare il rispetto delle prestazioni e servizi dichiarati nella carta dei servizi e favorire con apposito regolamento interno la partecipazione degli ospiti e dei loro familiari finalizzato al mantenimento e per il miglioramento costante della qualità dei servizi residenziali e semiresidenziali offerti.

6.1. I Centri Diurni

Rispetto al sistema della residenzialità a favore di cittadini in condizione di non autosufficienza, della ricchezza quantitativa e qualitativa di queste strutture cui gode l'intero territorio regionale e che trae origine da una cultura politica e sociale delle nostre comunità, da alcuni anni questo sistema è andato via via implementandosi con l'inserimento nella rete dei servizi anche dei "Centri Diurni Socio-Sanitari per anziani non autosufficienti".

Per questo che la Regione con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3072 del 16 novembre 2001, "Centro Diurno Socio-Sanitario per anziani: linee guida per il funzionamento", ha definito le forme di accoglienza a carattere diurno con funzioni di natura assistenziale e riabilitativa.

L'assistenza semiresidenziale diurna svolge quindi un ruolo importante e strategico nella integrazione delle politiche territoriali a favore degli anziani poiché concorre a mantenere la persona nel proprio ambiente familiare e sociale, in quanto capace di adattarsi alle necessità degli utenti fornendo servizi coordinati e differenziati in funzione dei bisogni espressi.

Ai fini della programmazione inserita nel Piano Locale per la non autosufficienza, il Centro Diurno socio-sanitario, costituisce uno dei servizi più importanti di supporto alla famiglia per l'assistenza alle persone non autosufficienti e di raccordo tra il sistema della residenzialità e della domiciliarità.

A tale scopo, la dotazione di posti letto dove risulti possibile spendere l'impegnativa di residenzialità per ambito territoriale delle Aziende ULSS saranno incrementati, ove risulti esservi la dotazione strutturale di idonei centri servizio, con una percentuale del +10% rispetto al numero di impegnative di residenzialità fissate dalla programmazione per detto ambito territoriale

6.2. I Centri Servizi di assistenza ai Religiosi

Consapevole del fondamentale apporto che danno e che hanno dato alle comunità locali ed in particolare al sistema educativo, scolastico, sociale, socio-sanitario e sanitario le Congregazioni Religiose, ed il conseguente radicamento delle loro Comunità nel nostro territorio, la Giunta Regionale contribuisce con apposito atto programmatico a garantire

l'assistenza di cittadini religiosi accolti nei centri servizio gestiti dalle Congregazioni Religiose stesse.

Le strutture dedicate in via esclusiva alla assistenza di religiosi non rientrano nel sistema di offerta della residenzialità.

Nell'ambito del Piano Locale della non autosufficienza possono essere previste sperimentazioni che rendano possibile l'utilizzo di tali posti di residenzialità da parte di persone non religiose nel limite massimo del 10% dei posti autorizzati e restano entro il limite delle impegnative assegnate alla Azienda ULSS, a condizione che detti centri di servizio risultino in possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi previste dalle vigenti leggi in materia.

7. Gli indirizzi della programmazione

Come sopra richiamato nella Regione del Veneto risultano essere presenti nel suo territorio un numero considerevole di centri di servizio residenziali e semiresidenziali per persone anziane in condizione di non autosufficienza, che hanno tratto la loro origine nel tempo per iniziative di Enti Pubblici quali Comuni, Ipab, Comunità Montane, e per iniziative private sia di natura no profit che profit, riconducibili alla denominazione di Enti del Terzo Settore.

Tali iniziative, datate in molti casi agli inizi del secolo scorso anche con significative peculiarità statutarie, ed incrementatesi in particolare nel dopo guerra, si sono sviluppate e consolidate per ambiti territoriali con parametri popolazione residente/posto letto in modo assolutamente disarticolato, in un tempo per altro in cui la cultura e la necessità della programmazione non rientravano nella tradizione della pubblica Amministrazione.

Fenomeno questo facilmente riconducibile alle problematiche affrontate in questi anni relative a molte altri tipi di infrastrutture, in particolare per quanto attiene alla dotazione di scuole, asili nido, ospedali, infrastrutture viarie, aree industriali, ecc..

Appare evidente che questa realtà difficilmente si associa con un sistema programmatico che definisca da subito rigidi parametri di fabbisogno locale di residenzialità e semiresidenzialità con la corrispondente dotazione di posti letto.

Sarebbe per altro del tutto irrazionale prevedere la chiusura di centri di servizio residenziali perché esistenti in territori a maggior offerta residenziale, per prevederne la ricostruzione in territori a minor offerta residenziale magari divisi da un teorico confine territoriale, in un tempo per altro in cui le risorse per investimenti pubblici e privati vanno e andranno via via contraendosi.

Ecco quindi, sulla scorta delle problematiche emerse in sede di approfondimento e applicazione della Deliberazione n. 751 del 10 marzo 2000 che in sé rappresentava queste contraddizioni, la necessità e l'opportunità di rivisitare questo primo atto programmatico, con un nuovo documento di programmazione che salvaguardi da un lato il patrimonio sociale, culturale, occupazionale ed edilizio locale, con una dotazione di impegnative di residenzialità che pongano nel tempo, ove ne risultino le condizioni le un equo rapporto tra le comunità locali.

Per quanto attiene ai parametri demografici si fa riferimento alla ricerca realizzata dall'Osservatorio Regionale per la persona anziana e il CRIEP (Centro di Ricerca Interuniversitario sull'Economia Pubblica). La ricerca realizzata mirava a valutare l'appropriatezza dei parametri individuati dalla DGR 751/00, sulla base di elaborazioni desunte non solo dalla tendenza all'invecchiamento demografico della popolazione secondo le previsioni dell'ISTAT, ma anche dalla domanda effettiva di residenzialità, rintracciabile dalle valutazioni multidimensionale in rapporto alle condizioni di offerta del sistema, dal periodo di permanenza in struttura e dal tasso di occupazione dei posti letto.

La proposta finale della ricerca prevede di aggiornare i parametri per il calcolo dei posti letto, considerando una articolazione per classi di età della popolazione più consona all'effettiva struttura per età delle persone anziane bisognose di assistenza residenziale e attribuendo maggiore peso alle classi di età più elevate, più esposte alla perdita di autonomie personali e con conseguenti aumento dei bisogni assistenziali.

Nella definizione dei parametri per il calcolo del fabbisogno di posti letto occorre tenere conto inoltre delle tendenze epidemiologiche della terza età che vedono l'aumento, soprattutto nelle fasce di età più elevate, di disabilità gravi e croniche, con rilevanti carichi assistenziali. In particolare dai dati rilevati dall'ISTAT sulla "Condizione di salute della popolazione Anni 1999 e 2000" e dallo Studio longitudinale sull'invecchiamento (ILSA) si rappresenta come l'incidenza delle patologie cronico disabilitanti aumenta in modo significativo negli ultraottantenni raggiungendo percentuali del 56.2% per gli uomini e del 54.2% nelle donne.

Nella definizione dei parametri per la determinazione del fabbisogno teorico locale determinato dal numero di cittadini non autosufficienti non assistibili a domicilio è necessario inoltre tenere presente la ricaduta positiva delle politiche regionali orientate a dare priorità alla realizzazione e alla implementazione anche del sistema della domiciliarità correlate ad un crescente investimento di risorse socio-sanitario in tale settore, che hanno permesso in questi anni di contenere in modo significativo il ricorso delle persone non autosufficienti e delle famiglie a ricoveri ospedalieri impropri.

Sulla base di tali premesse si ravvisa la necessità di modificare i parametri di cui alla DGR 751/00 per la determinazione del fabbisogno teorico di residenzialità territoriale convenzionabili con le Aziende ULSS secondo le vigenti disposizioni e trasferiti in appositi accordi contrattuali con l'entrata a regime della L.R. 22/02 come segue:

- 1) lo 0,06% sulla base della popolazione residente compresa nella fascia d'età inferiore a 64 anni;
- 2) lo 0,65% sulla base della popolazione residente compresa nella fascia d'età tra i 65 e i 74 anni;
- 3) il 4,40% sulla base della popolazione residente con età superiore ai 75 anni.

Tali criteri potranno essere rivisti in relazione all'andamento demografico della popolazione anziana e dei livelli di non autosufficienza.

A tal fine la residenzialità complessivamente accreditabile in ambito regionale e locale ai sensi della L.R. 22/02 sarà aumentabile con una percentuale del +10% rispetto al numero di impegnative di residenzialità fissate dalla programmazione regionale, e

questo al fine di sviluppare modelli competitivi dell'offerta e permettere una reale libera scelta da parte del cittadino titolare dell'impegnativa di residenzialità che diversamente, non sarebbe attuabile se il numero complessivo delle impegnative di residenzialità coincidesse con il numero di posti letto accreditati e oggetto di appositi accordi l'entrata a regime della L.R. 22/02.

Il numero di posti di accoglienza nei Centri Diurni è calcolato nella misura del 10% rispetto al fabbisogno determinato sulla base dei criteri suddetti.

Nei territori di montagna, come previsto dalla L.R. 30 gennaio 2004, n° 1, i suddetti parametri sono stati incrementati dello 0.5% per la fascia d'età dai 64 ai 75 anni d'età e dell'1% per la fascia d'età superiore ai 75 anni. Lo stesso criterio si applica anche per Venezia, centro storico e isole.

Annualmente la Giunta Regionale provvederà con apposito atto ad aggiornare la dotazione territoriale in relazione al dato demografico al 31 dicembre dell'anno precedente o ad altre significative analisi con l'obiettivo di riequilibrare la dotazione dei posti letto e delle impegnative di residenzialità in relazione al fabbisogno fissato dai parametri suddetti.

In sede di prima applicazione le Aziende ULSS che risultano sovradimensionate rispetto a quanto determinato dai criteri e parametri come sopra indicati, mantengono la dotazione esistente di impegnative di residenzialità come previsto dalla LR 1/04 e come disposto dall'Art. 4 della L.R. n° 2/2006.

Per quanto attiene le Aziende ULSS sovradimensionate la realizzazione di nuovi posti di residenzialità è possibile solo dopo il raggiungimento della programmazione prevista.

Per tali Aziende ULSS il numero di impegnative verrà progressivamente allineato in base al fabbisogno calcolato secondo i criteri suddetti.

Al fine di permettere l'inserimento del sistema della residenzialità nell'ambito del processo più vasto, diretto a mantenere, per più tempo possibile, la persona anziana non autosufficiente nel proprio domicilio, la Regione attiva un processo di programmazione finalizzato a delineare il profilo funzionale del nuovo assetto del sistema della domiciliarità e della residenzialità e della semiresidenzialità, anche mediante la realizzazione di specifiche sperimentazioni, che possono essere motivatamente proposte e ricomprese nel Piano Locale della non autosufficienza e che rappresentino novità organizzativo/gestionali.

Con la formulazione del primo Piano Locale della non Autosufficienza ogni Azienda ULSS opera una ricognizione dei posti esistenti e procede, d'intesa con gli enti gestori, alla indicazione della qualificazione dei posti favorendo così una maggiore e più mirata libera scelta del cittadino titolare della impegnativa di residenzialità.

7.1. Il Piano Locale della non autosufficienza finalizzato all'integrazione tra i servizi residenzialità, semiresidenziali e i servizi domiciliari.

Strumento strategico per l'attuazione della presente programmazione riguarda la capacità in ambito locale di favorire e coordinare l'integrazione dei sistemi della residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità, risulta essere la concretizzazione del "Piano Locale della non autosufficienza", quale strumento operativo dei soggetti e degli attori della rete territoriale per il raggiungimento degli obiettivi e dei risultati della programmazione regionale. Per integrazione si intende la modalità con cui i soggetti istituzionali, ciascuno per quanto di competenza, in ogni ambito territoriale partecipano ai livelli di programmazione e contribuiscono alla realizzazione di risposte adeguate ai bisogni della popolazione, nel rispetto delle esigenze e specificità territoriali, in un'ottica di razionalizzazione, ottimizzazione e di miglioramento complessivo dell'offerta.

Sotto il profilo assistenziale le persone nelle prime fasi in cui si manifesta la condizione oggettiva di non autosufficienza tendono ad esprimere orientamenti prevalenti verso l'assistenza a domicilio (domiciliarità).

Il ricorso alla residenzialità o semiresidenzialità avviene principalmente in situazioni di:

- episodi post acuti con necessità di protezione sanitaria e attività riabilitativa,
- bisogni sanitari non più attuabili a domicilio;
- patologie psico-degenerative non assistibili a domicilio;
- per condizioni di solitudine a fronte di necessità di assistenza socio-sanitaria;
- per / fragilità o limiti dell'ambito familiare e parentale;

Condizioni queste e altre, a volte anche complesse che rendono più idonea la risposta del bisogno espresso in ambito residenziale e semiresidenziale anche di natura temporanea.

Ai fini della programmazione locale, ogni ambito territoriale dispone di una dotazione di posti convenzionati secondo la vigenti disposizioni, che saranno convertiti negli appositi accordi contrattuali con l'entrata a regime della L.R. 22/02, per l'accoglienza delle persone non autosufficienti che, con formule differenziate, in Centri di Servizio (Comunità Alloggio, Case di riposo, RSA, ecc...) sono in grado di assicurare diversi livelli di risposte assistenziali (cura della persona, riabilitazione, assistenza psicologica, ecc...) a carattere socio sanitario.

La domiciliarità invece, si fonda sul presupposto della permanenza della persona nel proprio ambito domiciliare e nella rete delle relazioni affettive e sociali garantita dalla presenza di servizi territoriali di assistenza domiciliare integrati dall'apporto di familiari, di

assistenti familiari, del vicinato e di volontari. Si tratta di un modello di intervento che si articola in tre ambiti:

- sostegno ai servizi di Assistenza Domiciliare e di Assistenza Domiciliare Integrata;
- sostegno alla famiglia;
- sollievo alla famiglia.

L'incremento qualitativo e quantitativo della domanda di assistenza sia essa di natura residenziale, semiresidenziale e domiciliare sollecita l'adozione di strategie di intervento adeguate al bisogno espresso. Pertanto la flessibilità degli interventi, la razionalizzazione delle risorse e la sostenibilità economica degli stessi rappresentano finalità e obiettivi di risultato che qualificano l'azione dei Comuni e delle Aziende ULSS e degli attori della rete dei servizi, nella predisposizione del Piano Locale della non autosufficienza, redatto nel rispetto della Programmazione Regionale.

Il Piano Locale per la non autosufficienza è quindi uno strumento di programmazione locale, costituendo parte integrante del Piano di Zona e del Piano Attuativo Locale, che le Conferenze dei Sindaci predispongono e approvano, in collaborazione con le Aziende ULSS, ai fini della migliore organizzazione e finalizzazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie in riferimento alla domanda assistenziale espressa dal territorio.

Attraverso il Piano Locale per la non autosufficienza si:

- raccolgono e analizzano i caratteri qualitativi e quantitativi della domanda anche in prospettiva evolutiva;
- traccia il modello organizzativo in chiave dinamica del sistema dei servizi e degli interventi, con particolare attenzione al rispetto degli equilibri fissati dalla programmazione Regionale definendo in particolare, i livelli e le forme di intervento coordinato ed integrato con le Amministrazioni Locali;
- garantiscono le modalità di accesso nel rispetto della libera scelta del cittadino in sintonia con la normativa regionale di riferimento;
- predispongono modelli e sperimentazioni gestionali di servizi fondati sul presupposto della flessibilità e della integrazione, prospettando anche forme particolari di accordi con gli enti gestori dei servizi (accoglienza temporanea o sollievo).
- individuano strategie unitarie e integrate di allocazione delle risorse (umane, finanziarie, strumentali)
- definiscono gli indicatori di verifica dei risultati del Piano in relazione agli obiettivi della programmazione Regionale.
- Rilevano le mutazioni e i bisogni sociali e socio sanitari che emergono dei territori in prospettiva di fornire alla Regione elementi finalizzati alla evoluzione della programmazione.

L'articolazione del Piano Locale per la non autosufficienza comporta:

- Il monitoraggio e l'analisi costante della domanda, relativa alla domiciliarità e alla residenzialità, al fine di definirne il carattere qualitativo e l'andamento quantitativo dell'offerta;
- la rappresentazione del fenomeno della mobilità e la relativa incidenza negli equilibri gestionali del sistema socio sanitario del territorio;
- la redazione del piano di allocazione dei posti di residenzialità distinti per unità di offerta e tipologie compresi i Centri di Servizi dedicati a persone autosufficienti;
- l'individuazione delle strategie di integrazione della domanda di residenzialità nei processi della domiciliarità;
- la individuazione del ruolo dei Centri di Servizio nelle strategie di integrazione e di intervento tra il sistema della residenzialità e semiresidenzialità e i servizi in ambito domiciliare, siano essi di natura assistenziale che sanitaria.
- la valorizzazione delle risorse esistenti: contributi della domiciliarità (in particolare dell'ADI), telesoccorso, servizi territoriali e risorse umane del volontariato e del terzo settore;
- la eventuale realizzazione di sperimentazioni organizzative, gestionali nel territorio;
- gli indicatori dei risultati del Piano Locale per la non autosufficienza .

Alla predisposizione, per la successiva proposta di approvazione della Conferenza dei Sindaci, del Piano Locale per la non autosufficienza, provvede Azienda ULSS attraverso il Direttore dei Servizi Sociali in quanto la stessa svolge funzioni di riferimento per la programmazione e l'individuazione degli obiettivi strategici del Piano, in linea con le priorità definite dalla programmazione regionale.

La Direzione dei Servizi Sociali assicura inoltre il coordinamento della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali e la vigilanza sulla gestione unitaria del Piano stesso, avvalendosi anche della competente unità organizzativa distrettuale.

La Conferenza dei Sindaci approva con apposito atto il Piano Locale per la non autosufficienza, che successivamente verrà recepito dalla Azienda ULSS.

Entro 120 giorni dall'approvazione del presente provvedimento la Regione approva le linee guida per la predisposizione uniforme ed omogenea nel territorio regionale del Piano Locale per la non autosufficienza.

7.2. Indirizzi per la qualificazione dei posti

Dal punto di vista organizzativo i centri servizio di residenzialità e semiresidenzialità si articolano in moduli organizzativi, in funzione della tipologia di servizio erogata, atti ad assicurare efficienza ed efficacia e scelta del cittadino finalizzata alla più giusta risposta assistenziale.

Ai fini dell'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture residenziali, ristrutturazione e ampliamento delle strutture esistenti, secondo quanto previsto dall'art. 7

della legge regionale 22/02, il parere di conformità alla programmazione regionale è rilasciato dalla Direzione Regionale per i Servizi Sociali, previa acquisizione del visto di congruità da parte della Azienda ULSS competente preventivamente richiesto dell' soggetto gestore del centro servizio interessato all'intervento.

L'autorizzazione all'esercizio ed il conseguente convenzionamento è rilasciata dalla Direzione Regionale per i Servizi Sociali in conformità all'art. 8 della L.R. 22/02. In attesa dell'approvazione degli atti e dei provvedimenti previsti dalla L.R. 22/02 si provvede secondo la normativa vigente.

I posti dedicati alla residenzialità che saranno realizzati dovranno rispettare gli standard strutturali previsti ed operare nel rispetto degli standard organizzativi in relazione alla tipologie di servizio che allo stato attuali risultano essere:

- Centri servizio per l'accoglienza nel lungo periodo di persone anziane non autosufficienti per interventi assistenziali di intensità di primo e/o secondo livello, anche in relazione ai livelli assistenziali desumibili dai profili S.Va.M.A.; in fase di programmazione il numero dei posti letto definito al II livello non può superare il 25% di quelli di primo livello.
- Nuclei in centri servizio per interventi assistenziali finalizzati alla realizzazione del servizio SAPA;
- Nuclei in centri servizio per interventi assistenziali finalizzati alla realizzazione dei servizi SVP;
- Posti letto in centri servizi per l'accoglienza temporanea e per interventi di sollievo alle famiglie e per situazioni di emergenza sociale.

I singoli Centri di Servizio provvedono secondo la propria autonomia organizzativa alla proposta di qualificazione dei posti disponibili secondo la tipologia funzionale sopra definita nel rispetto dei bisogni espressi dalla programmazione locale e delle risorse Regionali.

La qualificazione dei posti disponibili secondo la suddetta tipologia funzionale è indicata nel provvedimento di autorizzazione all'esercizio.

Sono esclusi dalla qualificazione dei posti sopra individuati quelli destinati alla realizzazione dei servizi di Hospice, per i quali si provvederà con specifico atto della Giunta Regionale.

Con apposito provvedimento la G. R. V. provvederà a rivedere gli indirizzi operativi e le modalità di accesso ai servizi SAPA e SVP, precisando che posti relativi a SVP e Hospice dovranno comunque essere aggiuntivi alla dotazione di posti di residenzialità territoriale.

I posti di HRSA di cui alla DGR 1729 del 2003 vengono aboliti e trasferiti in posti di NRSA e vanno ad implementare la dotazione complessiva come posti di residenzialità territoriale che possono essere fruiti nel rispetto delle modalità e delle norme in materia, già in essere per il sistema della residenzialità (es. standard organizzativi e strutturali,

libera scelta, attività ispettiva, rendicontazione dei costi effettivamente sostenuti, quantificazione della retta alberghiera, ecc.)

Le variazioni nella qualificazione dei posti autorizzati sono autorizzate dalla Direzione Regionale per i Servizi Sociali, su proposta della Azienda ULSS competente per territorio, previa informazione alla Conferenza dei Sindaci, con il preventivo accordo con i centri di servizio interessati.

7.3. Gli indirizzi sulle impegnative di residenzialità

Per impegnativa di residenzialità si intende il titolo che viene rilasciato dall'Azienda ULSS al cittadino ivi residente per l'accesso alle prestazioni rese nei servizi residenziali e semiresidenziali della Regione Veneto; centri servizi che devono essere accreditati e titolari di apposito accordo ai sensi della LR 22/02, e nelle more della completa attuazione della stessa, oggi convenzionati sulla base della normativa vigente.

E' escluso l'utilizzo dell'impegnativa di residenzialità in servizi residenziali e semiresidenziali non convenzionati sulla base della normativa vigente o sprovvisti di accreditamento e di appositi accordi ai sensi della LR 22/02

Il titolare di una impegnativa è il cittadino che sceglie il servizio residenziale, convenzionato sulla base della normativa vigente o accreditato e in possesso di apposito accordo ai sensi della LR 22/02-, che meglio risponda ai bisogni assistenziali espressi dallo stesso.

L'Azienda ULSS sulla base della graduatoria unica della residenzialità, redatta nel rispetto e in applicazione dello specifico regolamento regionale oggetto di successivo apposito provvedimento della G.R.V., provvede a rilasciare l'impegnativa di residenzialità nel limite del numero massimo di impegnative annuo equivalente stabilito dalla programmazione regionale.

Il valore di rimborso dell'impegnativa si attiva a favore del centro servizio prescelto dalla data in cui il cittadino avente titolo viene accolto.

L'impegnativa riporta la tipologia della quota teorica max di rilievo sanitario attribuita ma potenzialmente rideterminata a seguito rendicontazione regionale del centro servizi come previsto dalle vigenti disposizioni. .

L'assegnazione delle impegnative di residenzialità alle Aziende ULSS alla data del 1.1.2006 avviene con apposito provvedimento della Giunta Regionale, nel rispetto delle disponibilità del bilancio regionale e di quanto previsto dall'Art. 4 della L.R. n° 2/2006 .

Entro il 31 dicembre di ogni anno la Regione definisce per ogni Azienda ULSS il numero di impegnative assegnabili per l'anno successivo compresa la quota massima riconoscibile per le prestazioni di rilievo sanitario, in relazione ai livelli di intensità assistenziale.

SOMMARIO

pag.

PREMESSE

1. **L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA ALLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI** 1

I PRINCIPI

2. **LA LIBERA SCELTA DEL CITTADINO NEL SISTEMA DEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI** 4

I RUOLI

3. **IL RUOLO DELLA REGIONE** 4

4. **IL RUOLO DEI COMUNI** 6

5. **IL RUOLO DELLE AZIENDE ULSS** 7

6. **IL RUOLO DEI CENTRI DI SERVIZIO RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI** 9

- 6.1. **I CENTRI DIURNI** 10

- 6.2. **I CENTRI DI ASSISTENZA AI RELIGIOSI** 10

INDIRIZZI GENERALI

7. **GLI INDIRIZZI DELLA PROGRAMMAZIONE** 11

- 7.1 **IL PIANO LOCALE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA FINALIZZATO ALL'INTEGRAZIONE**

TRA I SERVIZI RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI E I SERVIZI DOMICILIARI 14

- 7.2. **GLI INDIRIZZI PER LA QUALIFICAZIONE DEI POSTI LETTO** 16

- 7.3. **GLI INDIRIZZI SULLE IMPEGNATIVE DI RESIDENZIALITA'** 18