FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Istituto per la ricerca sociale

OSSERVATORIO SOCIO-SANITARIO DELL'ALTO VICENTINO

Fondazione Palazzo Festari

Prima relazione socio-sanitaria dell'Alto Vicentino

Anno 2005

Novembre 2005

Il progetto è stato promosso dalla Fondazione Palazzo Festari ed è stato seguito per la Fondazione dal suo Direttore dott. Ludovico Gardani, dal dott. Giorgio de Gobbi, ricercatore e futuro referente dell'Osservatorio e dalla dott.ssa Monia Bordignon, ricercatrice della Fondazione.

Le attività di ricerca e strutturazione dell'Osservatorio sono state realizzate nell'ambito dell'Area Politiche e Servizi Sociali e Sanitari dell'Irs (http://www.irs-online.it), e sono state coordinate dalla dott.ssa Chiara Crepaldi. Alla realizzazione delle attività di ricerca e analisi e strutturazione dell'Osservatorio hanno collaborato il dott. Claudio Castegnaro e la dott.ssa Giselda Rumini, che ha curato in particolare la stesura dei capitoli 2 e 4 del rapporto. Il capitolo 1 è stato curato da Giorgio De Gobbi e il capitolo 3 da Chiara Crepaldi.

Desideriamo ringraziare tutti i soggetti che hanno offerto la loro collaborazione in quanto testimoni privilegiati per differenti aree di competenza.

Indice

1. Un nuovo strumento a disposizione del territorio: l'osservatorio socio sanitario. Funzioni e struttura 1
1.1 La mission dell'Osservatorio 1
Obiettivi e funzioni dell'Osservatorio 1
Destinatari e fruitori 5
1.2 La cassetta degli attrezzi dell'Osservatorio: struttura e strumenti 6
Un quadro d'insieme dell'Alto Vicentino 7
Le aree tematiche 11
Appendice Cap. 1 14

2. L'evoluzione del quadro socio-demografico locale e le previsioni per il prossimo futuro 49
2.1 Un'analisi demografica dell'Alto Vicentino 49
Le variazioni in serie storica 49
Il bilancio demografico 54
Gli indici demografici 56
2.2 Le previsioni demografiche 61
2.3 Le caratteristiche delle famiglie residenti 63
Lo stato civile 63
I nuclei familiari 65
2.4 La presenza degli stranieri 67
2.5 Il livello di istruzione 71

3. Una analisi della condizione, dei bisogni e dello stato di salute della popolazione dell'Alto Vicentino, e del relativo sistema di offerta, rilevabili dalle fonti raccolte dall'Osservatorio 73
3.1 I determinanti della salute 73
3.2 Condizioni di salute e aspettativa di vita 79
3.2.1 Alcuni dati sull'evoluzione dell'aspettativa di vita 79
3.2.2 Le condizioni di salute della popolazione residente 81
3.2.3 Le specificità dell'Alto Vicentino 81
3.3 Bisogni e tendenze generali della domanda e offerta di servizi socio-sanitari del territorio dell'Alto Vicentino rivolti ai gruppi più vulnerabili della popolazione 92
3.3.1 I disabili 92
1) Il Servizio Disabilità del Distretto Socio-Sanitario 97
2) I servizi di integrazione scolastica e lavorativa 99
3) I Centri Educativi Occupazionali Diurni 100
4) Le Strutture Residenziali 103
5) I servizi di guida e informazione 104
3.3.2 Le nuove aree di marginalità 111
Il disagio abitativo 113
L'occupazione 114
L'esclusione sociale 115
3.4 Una riflessione 120

4. L'approfondimento tematico: gli anziani.....121
4.1 Le condizioni socio-demografiche delle persone anziane nei territori dei Comuni di Schio, Thiene e Valdagno.....121
L'invecchiamento della popolazione 121
La composizione della popolazione anziana per genere 122
Le previsioni.....126
4.2 I bisogni socio-sanitari degli anziani 128
Uno scenario comune 128
Alcune specificità del territorio di Schio.....129
Alcune specificità dl territorio di Thiene.....130
Alcune specificità del territorio di Valdagno 132
Una sintesi dei principali bisogni degli anziani emersi nell'Alto Vicentino.....133
4.3 La mappatura delle risorse pubbliche, private e del volontariato rivolte agli anziani e il loro utilizzo 135
Il servizio sociale di base 135
Assistenza domiciliare e Assistenza domiciliare integrata 136
Il telesoccorso e il telecontrollo 138
I contributi economici 140
I centri diurni per non autosufficienti 142
Le strutture residenziali per anziani autosufficienti 142
Le strutture residenziali per anziani non autosufficienti 143
I soggiorni climatici.....145
Trasporti.....145
I servizi e le attività promosse dal volontariato.....146
4.4 Un raffronto tra la capacità di offerta del sistema locale dei servizi e gli standard regionali 152
4.5 Una riflessione sulla situazione della domanda e dell' offerta di servizi, in termini di punti di forza e di criticità.....157
4.6 Strategie e progetti contenuti nei documenti di programmazione locale e delineati dagli interlocutori privilegiati 163

Fonti

1. Un nuovo strumento a disposizione del territorio: l'osservatorio socio sanitario. Funzioni e struttura

1.1 La mission dell'Osservatorio

Obiettivi e funzioni dell'Osservatorio

L'idea di istituire un Osservatorio Socio Sanitario (da qui in avanti OSS) dell'Alto Vicentino nasce dalla Fondazione Palazzo Festari, Fondazione fondata dai comuni di Schio, Thiene e Valdagno nel 2002 con il preciso intento di facilitare l'integrazione territoriale dell'Alto Vicentino e la sua valorizzazione.

L'Alto Vicentino rappresenta un territorio particolare, alla ricerca di un consolidamento della propria specifica identità di area, un territorio che abbraccia 38 Comuni e vanta una popolazione che sfiora i 250.000 abitanti. Un territorio che, analizzato dal punto di vista che qui tratteremo, quello socio sanitario, risulta ancora più complesso ed articolato, dato che vede la presenza di due ULSS (parte della n.4 Alto Vicentino e della n.5 Ovest Vicentino) più il caso a sé stante di Isola Vicentina (Ulss 6 di Vicenza).

L'Alto Vicentino, che ormai da alcuni anni sta tentando di svilupparsi verso una sempre più diffusa "cultura dell'integrazione", rimane una realtà composta di molte e diverse sottoculture, le quali hanno sicuramente una certa influenza anche sulla programmazione e costruzione di servizi sociali e sanitari per i propri cittadini.

Obiettivo di un OSS dell'Alto Vicentino non è pertanto quello di prevaricare tutte le differenze e le peculiarità socio-antropologico-culturali del territorio, bensì quello di valorizzarle e facilitarne la comunicazione e lo scambio secondo un'ottica di integrazione di risorse, culture e saperi al fine di promuovere l'innovazione. La grande sfida dell'OSS è quindi quella di stimolare tanto gli operatori del sistema quanto la cittadinanza ad identificare l'Alto Vicentino come un'area in cui vi sono allo stesso tempo delle esigenze comuni e delle dimensioni di bisogni specifiche. L'OSS può aiutare a chiarire quali sono gli aspetti su cui è necessario si sviluppi un'identità e quindi delle sinergie tra i vari comuni e quali invece siano di competenza (in primis culturale) delle singole realtà.

L'obiettivo generale del progetto è chiaramente espresso dalla Fondazione Festari nella pagina dedicata all'Osservatorio presente sul sito Internet della Fondazione stessa (www.fondazionefestari.it):

"Obiettivo dell'Osservatorio è quello di contribuire, attraverso una analisi approfondita della situazione socio-sanitaria locale e il suo monitoraggio nel tempo, ad indirizzare le scelte

progettuali in materia, verso una sempre maggiore integrazione e riorganizzazione su scala sovra-comunale dei servizi e delle risorse disponibili".

Nello specifico l'OSS si propone come strumento utile al territorio dell'Alto Vicentino per perseguire i seguenti obiettivi:

- un luogo permanente di raccolta, diffusione e valorizzazione delle informazioni inerenti ai bisogni, alla domanda espressa ed al sistema di offerta locale di servizi socio-sanitari
- la diffusione delle esperienze programmatorie e della strumentazione a fini programmatori
- una analisi secondaria dei dati relativi alla domanda ed all'offerta di servizi socio-sanitari locali
- la promozione di attività di ricerca e approfondimento.

- Primo obiettivo dell'OSS è quello di **sistematizzare l'universo delle informazioni** e conoscenze esistenti e prodotte sul territorio da Comuni, ULSS e da altri soggetti istituzionali e non. In tal modo l'OSS renderebbe tale patrimonio fruibile a chi ne sia interessato (amministratori pubblici, soggetti del terzo settore e del privato sociale, cittadinanza) in modo organizzato e ragionato attraverso la creazione di un portale web all'interno del sito internet della Fondazione Festari.

  Infatti il punto di partenza dal quale nasce l'idea di costituire l'OSS dell'Alto Vicentino è che sul territorio esiste già un ampio patrimonio informativo socio-demografico e socio-sanitario. Sono state infatti individuate, coinvolgendo (direttamente o indirettamente) i Comuni, le Ulss e i relativi distretti, la Provincia, la Regione, le reti del volontariato e del non profit, numerose analisi e ricerche già effettuate a livello locale, dati statistici sul versante della domanda, dei bisogni della popolazione e dell'offerta di servizi relativamente alle politiche socio-sanitarie erogate sul territorio dell'Alto Vicentino.

  L'OSS vuole quindi essere un luogo virtuale che possa far confluire all'interno di un'unica struttura quanto già esiste e renderlo accessibile via internet a tutti coloro che fossero interessati: operatori, dirigenti ed Amministratori dei Comuni del territorio, della Provincia e della Ulss, enti ed organizzazioni del terzo settore e del volontariato del territorio, utenti e cittadini in genere. Vedremo più avanti cosa ciascuno degli attori può attendersi da uno strumento come l'Osservatorio.

Se da un lato l'Osservatorio è un sistema informativo, cioè un sistema strutturato e stabile di raccolta, elaborazione e diffusione di dati, dall'altro esso può essere uno strumento, un motore per creare collegamenti tra soggetti, funzioni e contesti tradizionalmente separati.

In questo modo esso può facilitare la creazione di *network* tra attori istituzionali, terzo settore e volontariato, partendo dalle riflessioni che i risultati delle ricerche che verranno condotte a livello locale potranno indurre. Aspetto, quello del network sociale e organizzativo, sottolineatoci spesso da molti opinion leader intervistati, come una delle linee guida principali da seguire nelle future politiche socio-sanitarie sia a livello di Altro Vicentino che di singoli distretti o aree territoriali.

Divenendo inoltre il punto di riferimento per chi si occupa di particolari classi di popolazione (anziani, minori, disabili ecc) l'OSS avrebbe anche una funzione di promozione "culturale", sotto forma di un laboratorio di iniziative.

Le informazioni raccolte e le relazioni attivate dall'osservatorio vogliono inoltre diventare input per la programmazione e la promozione di politiche a livello locale.

- Secondo obiettivo dell'OSS è infatti la **diffusione sul territorio delle esperienze programmatorie** e della strumentazione a fini programmatori attivate dai diversi territori dell'Alto Vicentino affinché ciascuno possa apprendere da esperienze già condotte da altri. In quest'ottica le pagine del sito internet potrebbero accogliere e diffondere:

  - i piani di zona, le attività dei tavoli tematici
  - i piani di attività delle Aziende Sanitarie
  - le carte dei servizi redatte dai diversi enti del territorio
  - i questionari di soddisfazione
  - regolamenti per l'erogazione di voucher/bonus sociali attivati dai distretti

In questo modo l'OSS può diventare un diffusore di manuali di buone pratiche che possano essere utilizzate dalle varie Amministrazioni come dalle Ulss. Allo stesso tempo l'OSS può diventare anche un canale di informazione per i cittadini sui vari servizi che il territorio dell'Alto Vicentino è in grado di offrire e che a volte rimangono per negligenza degli utenti o per mancanza di promozione, sconosciuti e inutilizzati.

L'OSS non vuole però essere solamente un'antenna che riceve informazioni dal territorio e che le ri-trasmette in maniera più strutturata.

Vuole essere osserv-attore attivo di quanto avviene sul territorio in ambito socio sanitario. Vuole poter essere luogo di elaborazione critica delle informazioni per produrre valutazioni e proposte innovative.

- Altro compito importante dell'osservatorio è quindi quello di mettere a disposizione strumenti per la rilevazione e **l'analisi di dati relativi alla domanda e all'offerta di servizi**.

  L'OSS può perciò fornire la possibilità di coordinare e rendere sistematica una rilevazione di dati che oggi in certi casi risulta essere 'estemporanea', predisponendo un piano di rilevazione annuale di dati a cui attingere per la realizzazione degli adempimenti amministrativi: il vantaggio potrebbe da un lato essere quello della semplificazione delle attività di rilevazione e dall'atro della loro valorizzazione attraverso la diffusione dei dati emergenti. I vari dati emersi verranno poi riaggregati, ove possibile, a livello di Alto Vicentino e, una volta trasformati in opportuni indicatori, potranno offrire al territorio un quadro coerente relativo alla situazione attuale e all'evoluzione del sistema dei servizi, mettendone in luce punti di forza e le criticità in una relazione periodica.

  Ciò significherebbe, come è stato auspicato da alcuni opinion leader intervistati durante la fase di strutturazione dell'OSS, mettere in relazione il sistema dei bisogni con quello dell'offerta, vedere cioè come la mappa dei servizi risponde alla mappa dei bisogni, offrendo così a chi deve programmare e implementare le politiche sociali e sanitarie un vero e proprio piano di "customer satisfaction"

  Gli amministratori lamentano infatti il fatto che pur disponendo di vari tipi di dati (sociodemografici, anagrafici) non ve ne sia alcuno relativo al sistema bisogni-offerta. Molti dei dati in possesso delle amministrazioni si riferiscono ai servizi resi (numero di utenti che frequentano i servizi forniti dal comune), ai servizi misurabili: mancano quindi i dati sulla domanda e su come è vista l'offerta. La customer satisfaction dovrebbe invece essere uno strumento essenziale nel momento della pianificazione e della programmazione socio-sanitaria.

  In questo modo l'OSS si può proporre come consulente in grado, a detta degli stessi amministratori da noi intervistati, di fornire alle amministrazioni pubbliche una preziosa collaborazione ed indicazione in ordine alla programmazione e gestione dei servizi.

  Tale funzione di monitoraggio, realizzata attraverso l'analisi e il confronto dei dati e degli indicatori omogeneamente diffusi sul territorio locale, avverrebbe ovviamente in una logica di servizio e non in logica ispettiva. Essa sarebbe pertanto atta ad

individuare risorse e aspetti critici dei diversi soggetti erogatori al fine di realizzare miglioramenti continui della qualità.

- Non da ultimo l'OSS intende essere promotore di **attività di ricerca e approfondimento** sulle condizioni socio-sanitarie e sul sistema dei servizi chiamati a fronteggiarli per rilevare, elaborare e analizzare informazioni oggi non esistenti. Nello specifico tali ricerche saranno inerenti alle aree tematiche in cui, come vedremo nelle prossime pagine, sarà suddiviso l'OSS.

Destinatari e fruitori

Essendo l'integrazione tra i dati e le informazioni esistenti sul territorio il valore aggiunto di questo 'portale', tutte le pagine web richiedono la partecipazione attiva degli enti, comuni, distretti del territorio dell'Alto Vicentino: ciascuno potrà interagire con l'osservatorio inserendo indagini realizzate o ancora in corso nel Sito Internet.
Ciascun attore del territorio può quindi essere parte attiva all'interno dell'osservatorio: l'osservatorio sarà infatti tanto più ricco quanto più ciascuno degli attori renderà disponibili sulle pagine web dedicate i principali risultati delle indagini più recenti condotte, i dati e gli strumenti più interessanti realizzati, per creare un circolo informativo virtuoso e utile a tutti.
Tutti gli attori del sistema saranno allo stesso tempo fruitori e fornitori di informazioni relativamente al proprio livello di competenza: l'obiettivo di ciascun attore è quello di ottenere informazioni utili a supporto delle proprie decisioni, mentre l'obiettivo comune è la collaborazione con l'OSS a cui fornire input informativi, valutativi e propositivi. Un'importante considerazione da fare è che è utile finalizzare le informazioni che si forniscono concentrando l'attenzione su chi può essere interessato a leggerle. Diverso è fornire un' informazione pensando che il lettore sia un operatore di un servizio oppure un amministratore/decisore oppure l'utilizzatore finale del servizio.
Ciascun soggetto dovrebbe poter disporre di una informazione che risponde alle sue specifiche esigenze. Agli utilizzatori finali sarà importante dare dei dati utili per raggiungere ed utilizzare il servizio, agli operatori dei dati utili per avere un quadro dell'offerta di servizi e le caratteristiche dei diversi servizi oltre alla possibilità di mettersi in contatto con essi, agli amministratori una serie di dati che consentano loro di prendere decisioni di politica sociale sulla scorta dei dati di realtà.

L'OSS si rivolge quindi nello specifico:

- agli **Amministratori e agli operatori dei Comuni dell'Alto Vicentino**, nell'ottica di integrazione tra comparto socio-sanitario e pubblica amministrazione. I dati e le ricerche dovrebbero essere per i politici e i funzionari dei Comuni un documento di analisi che fornisce delle informazioni a tutto campo e che risulta di estrema utilità nelle fasi di programmazione, progettazione e rendicontazione degli interventi.

  L'osservatorio è lo strumento che consente alle Amministrazioni locali di fare le scelte migliori avendo acquisito le informazioni necessarie per quanto riguarda:

  - la domanda effettiva e potenziale;
  - l'offerta di servizi, iniziative, strutture;
  - le modalità e la capacità di risposta ai bisogni emergenti;
  - i costi
  - i possibili sviluppi delle politiche socio sanitarie locali.

- agli **operatori dei servizi**, che hanno a disposizione uno strumento di valutazione del lavoro effettuato e al contempo una sorta di "pannello di controllo" in grado di segnalare eventuali disfunzioni da rilevare e correggere;
- alle **organizzazioni del terzo settore e del volontariato** del territorio, che possono utilizzare le informazioni messe a disposizione dall'OSS per proporre agli Assessorati competenti modifiche nelle priorità di azione nell'ambito delle politiche socio-sanitarie, ed introdurre eventuali modifiche nel proprio sistema di offerta;
- alle **Ulss e alle Aziende Ospedaliere**
- agli **utenti dei servizi**, che possono verificare la capacità di risposta dei servizi e raffrontare la propria percezione con una serie di parametri oggettivi;
- alla **cittadinanza**, che può verificare periodicamente lo 'stato di salute' dei servizi e le azioni intraprese per migliorarne qualità ed efficacia.

1.2 La cassetta degli attrezzi dell'Osservatorio: struttura e strumenti

L'osservatorio si articola in due parti principali: una parte di **'dati di sfondo'** relativi all'andamento socio-demografico e alle caratteristiche del territorio ed una parte di dati statistici e qualitativi organizzati trasversalmente per **aree tematiche**.

Tale struttura viene tradotta nel principale strumento di diffusione e raccolta dell'OSS: un portale web che trova spazio all'interno del sito della Fondazione Palazzo Festari.

www.fondazionefestari.it

Riportiamo qui di seguito la struttura della figura principale dell'OSS:

FIGURA 1

OSSERVATORIO SOCIO-SANITARIO DELL'ALTO VICENTINO
FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Introduzione

- ☒ Cos'è l'Osservatorio socio-sanitario dell'Alto Vicentino
- ☒ Il ruolo della Fondazione Palazzo Festari

Un quadro d'insieme dell'Alto Vicentino

- ☒ Il territorio dell'Alto Vicentino (Dov'è l'Alto Vicentino e quali comuni comprende (FIGURA 2), *la storia*)
- ☒ Il quadro socio-demografico del territorio (si apre FIGURA 3)
- ☒ Condizione, bisogni e stato di salute della popolazione dell'Alto Vicentino (scarica il rapporto)
- ☒ Tendenze generali della domanda e offerta di servizi socio-sanitari del territorio dell'Alto Vicentino (scarica il rapporto)

Le aree tematiche

- ☒ Anziani
- ☒ Disabili (work in progress)
- ☒ Infanzia adolescenza, giovani, famiglie (work in progress)
- ☒ Adulti in difficoltà (work in progress)

A chi chiedere informazioni

- ☒ Fondazione Palazzo Festari
- ☒ I Comuni del territorio (link)
- ☒ Le Ulss (link)
- ☒ Le Organizzazioni del terzo settore (link)

Un quadro d'insieme dell'Alto Vicentino

Come si può notare dalla home page dell'OSS (*figura 1*), sarà possibile ricavare dal sito informazioni generali relative alla storia e alla composizione geografica del territorio dell'Alto Vicentino. Una cartina interattiva dell'AV permetterà poi di zoomare sui singoli comuni ed

andare alla ricerca di recapiti (del comune, dei servizi sociali e dei distretti ULSS), dati e informazioni su ogni singolo comune.

Ecco come saranno presentate le informazioni per ogni comune dell'AV:

FIGURA 2

COMUNE DI VALDAGNO

Sito Internet: http://www.comune.valdagno.vi.it/
Indirizzo: Piazza Del Comune, 8 Cap 36078
Telefono: 0445 428260

SERVIZI SOCIALI
Via San Lorenzo, 2
Tel.0445-424556 (Assistente Sociale)
Tel. 0445 424550 Fax. 0445 408460 (Ufficio Amministrativo)
email:servizi_sociali@comune.valdagno.vi.it

SANITA'
Azienda ULSS N° 5 Ovest Vicentino (VI) – Distretto 1 Nord
Sito Internet: http://www.ulss5.it/

Alcuni dati socio-demografici relativi al Comune *(Fonte Istat, Censimento 2001-2003)*

	Comune	Alto vicentino
La popolazione residente:	**27.193**	245.306

	Comune		**Alto vicentino**
	v.a.	*% sulla pop residente*	*% sulla pop residente*
0 - 5 anni	1196	4,4	5,1
5 14 anni	2336	8,6	9,5
15 – 64 anni	18124	66,6	68,1
65 e più	5537	20,4	17,3
totale	***27.193***	**100,0**	**100,0**
Di cui:			
0-14 anni	3532	13,0	14,6
75 e più	2611	9,6	7,8

Alcuni indici demografici:

	Comune	**Alto Vicentino**
Indice di vecchiaia	156,8	118,2
Anziani per bambino	463,0	339,9
Indice di dipendenza totale	50,0	46,9
Indice ricambio popolazione attiva	22,2	17,6

L'OSS dispone inoltre di un database che viene aggiornato annualmente e che consente di estrarre delle tabelle che vengono poi caricate sul sito. Queste tabelle di dati permettono di delineare un quadro socio demografico del territorio dell'AV. Nella *FIGURA 3* è possibile avere una visione d'insieme dei vari aspetti socio-demografici presi in esame dall'OSS.

FIGURA 3

IL QUADRO SOCIO-DEMOGRAFICO DEL TERRITORIO
1) La popolazione residente nei Comuni appartenenti all'Alto Vicentino
2) La popolazione residente nell'Alto Vicentino per articolazioni territoriali: ultimi dati disponibili ➢ popolazione residente nei comuni ➢ popolazione residente articolata per ulss e distretti ➢ popolazione residente articolata per comunità montane
3) La popolazione residente articolata per classi di età
4) Il bilancio demografico dell'Alto Vicentino
5) Principali indicatori socio-demografici (v. figura 4)
6) Le principali caratteristiche delle famiglie residenti
7) La popolazione straniera residente ➢ stranieri residenti e proporzione sulla popolazione residente ➢ stranieri residenti per paese di provenienza
8) Il livello di istruzione della popolazione residente ➢ popolazione residente dai sei anni in poi per grado di istruzione ➢ tasso di conseguimento del diploma nella popolazione residente ➢ tasso di conseguimento del diploma nella popolazione residente tra i 19 e i 34 anni ➢ tasso di conseguimento del diploma nella popolazione residente tra i 35 e i 44 anni ➢ tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo

Andando a ciccare su ogni singola voce si apriranno delle tabelle riportanti i dati rilevati: nella maggior parte dei casi i dati saranno aggregati sia a livello di comuni che di Alto Vicentino.
A titolo di esempio riportiamo nella *FIGURA 4* la tabella che ci mostra i dati relativi ai principali indicatori socio-demografici dell'AV (riportiamo i dati relativi solamente ad alcuni comuni). Le tabelle complete di tutte le voci che delineano il quadro socio-demografico possono essere trovare nell'appendice a questo primo capitolo.

FIGURA 4

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

I principali indicatori socio-demografici dell'Alto Vicentino
Fonte: Censimento Istat 2001

	Indice di vecchiaia	Tasso di vecchiaia	Anziani per bambino	Indice di dip.za totale	Indice di dip.za giovanile	Indice di dip.za senile	Indice struttura della pop. attiva	Indice ricambio pop. attiva
Provincia di Vicenza	113,4	16,8	326,0	46,2	21,7	24,6	89,9	16,5
Totale Alto Vicentino	118,2	17,3	339,9	46,9	21,5	25,4	92,3	17,6

Comune	Indice di vecchiaia	Tasso di vecchiaia	Anziani per bambino	Indice di dip.za totale	Indice di dip.za giovanile	Indice di dip.za senile	Indice struttura della pop. attiva	Indice ricambio pop. attiva
Arsiero	174,3	20,8	537,7	48,8	17,8	31,0	103,3	19,7
Breganze	115,5	17,6	366,9	49,0	22,7	26,3	88,4	15,6
Brogliano	77,1	13,2	196,0	43,5	24,6	19,0	76,5	12,2
Caltrano	124,7	16,9	343,2	43,6	19,4	24,2	89,5	14,3
Calvene	111,4	16,9	346,8	47,1	22,3	24,8	96,8	17,5
Carre'	90,9	14,1	251,9	42,1	22,1	20,1	84,5	14,3
Castelgomberto	83,4	13,8	230,0	43,8	23,9	19,9	84,6	13,7
Chiuppano	135,0	18,2	379,7	46,6	19,8	26,7	92,5	19,2
Cogollo del Cengio	102,9	16,0	280,0	46,0	22,7	23,3	94,1	14,4
Cornedo Vicentino	98,7	15,1	287,6	43,7	22,0	21,7	89,6	16,3
Fara vicentina	98,8	14,9	261,8	42,9	21,6	21,3	87,9	15,1

02/11/2005 Pagina 1 di 5

Dal sito dell'OSS sarà poi possibile scaricare i **rapporti** contenuti anche in questa relazione. Nello specifico si potranno trovare:

- Una **analisi** della condizione, dei **bisogni** e dello **stato di salute** della popolazione dell'Alto Vicentino ottenuti sulla base dei dati e delle ricerche raccolte (capitolo 2 della presente relazione)
- Una analisi delle tendenze generali della situazione relativa alla **domanda** e all'**offerta** socio-sanitaria del territorio dell'Alto Vicentino (capitolo 3 della presente relazione)

Le aree tematiche

Infine il sito dell'OSS avrà una parte dedicata esclusivamente allo studio di specifiche aree tematiche.

Nel suo primo anno di vita l'OSS si è concentrato sull'area Anziani realizzando un approfondimento che inizialmente era stato pensato sui tre Comuni principali del territorio: Schio, Thiene e Valdagno, ma che poi è stato esteso ai tre distretti. Obiettivo del modulo anziani è quello di ricostruire un quadro esauriente (articolato sia per comune, che per distretto ed AV) dei bisogni, nuovi e consolidati della condizione degli anziani, dei servizi esistenti e delle carenze del territorio, attraverso una lettura e una analisi delle indagini realizzate a livello locale, dei dati statistici esistenti e dalle conoscenze diffuse tra gli innumerevoli attori che operano in questo settore.

Nell'area anziani sono infatti numerosi i soggetti che si muovono per rispondere alle diverse esigenze di questa fascia di età: dai servizi sociali e le Ulss fino alle case di riposo, ospedali, privato sociale e al volontariato/associazionismo. Ciascuno di questi soggetti dispone pertanto di una specifica conoscenza delle problematiche relative a questa fascia di età della popolazione e dispone di differenti chiavi di lettura dei loro bisogni.

Proprio incontrando tutti questi attori l'OSS ha raccolto (tramite interviste individuali e 3 focus group divisi per aree territoriali) numerose informazioni e dati sull'area Anziani. Dall'analisi di questo materiale si è prodotto un rapporto (capitolo 4 di questa relazione) sulla condizione e i bisogni della popolazione anziana residente nell'Alto Vicentino e dei punti di forza e criticità del sistema di offerta locale.

Esso, come si può notare dalla *videtata 5* sarà interamente scaricabile dal sito dell'OSS.

Figura 5

AREA ANZIANI

☒ L'approfondimento tematico sull'area anziani

- I bisogni della popolazione anziana residente e i temi rilevanti (scarica il rapporto) 🖫 (vedi capitolo 4)
- Il sistema di offerta locale di servizi socio-sanitari

☒ Il volontariato che opera nell'area anziani

☒ La programmazione locale nell'area anziani (parti dei piani di zona sugli anziani)

☒ Ulteriori riferimenti informativi:

- Le indagini realizzate e quelle in corso
- Bibliografia
- Link utili
- Contatti istituzionali (Provincia, Comuni, Ulss)

Il sito metterà inoltre a disposizione delle schede, ricavate dal database dell'OSS, che daranno informazioni dettagliate (aggiornate dagli stessi fornitori dei servizi) sul sistema di offerta locale di servizi socio-sanitari e sul volontariato che opera nell'area anziani (*figura 6*)

Figura 6

AREA ANZIANI	
Il sistema di offerta locale di servizi socio-sanitari	**Il volontariato che opera nell'area anziani**
Le strutture residenziali e semiresidenziali (case di riposo, RSA, case alloggio, i centri diurni, ecc) (scarica la tabella 🖫)	Le associazioni di assistenza, volontariato e tutela dei cittadini
Assistenza sociale e socio-sanitaria (scarica la tabella 🖫)	Le associazioni culturali, ricreative, le bande e i gruppi corali
Tutela della salute(scarica la tabella 🖫)	Le associazioni di tutela della salute
Attività culturali e ricreative	I patronati
Alcuni indicatori relativi al sistema di offerta	Le associazioni di combattenti e reduci, dei caduti e d'arma

Ogni scheda relativa alle strutture residenziali riporterà ad esempio la tipologia delle attività svolte, dell'utenza e della struttura (casa di riposo, casa albergo, circolo, centro diurno) con informazioni relative al numero di posti (divisi per intensità ridotta e minima, media e elevata e alta protezione alzheimer) presenti presso l'organizzazione presa in considerazione.

Si potranno poi trovare informazioni sugli interventi economici a favore delle famiglie che assistono persone con demenza tipo Alzheimer; le percentuali di utenti seguiti dall'Assistenza domiciliare integrata (ADI) sulla popolazione maggiore di 65 anni; il rapporto percentuale tra il numero di operatori ADI e gli utenti; le strutture residenziali presenti nell'AV ecc. Non da ultimo all'interno dell'area anziani dell'OSS troveranno spazio una bibliografia sul tema, tutte le ricerche svolte o in corso di cui si verrà a conoscenza, i piani di zona ed esempi di buone prassi politiche ed organizzative.

Quanto è stato avviato per il modulo anziani potrebbe poi diventare una modalità di lavoro da diffondere anche presso altre aree tematiche (es. handicap, esclusione sociale, ecc…) arrivando magari anche ad impostare una collana di 'Quaderni di approfondimento sulle Politiche Sociali dell'Alto Vicentino" che possa ricondurre ad unitarietà anche i diversi approfondimenti tematici nelle aree della condizione degli anziani, la disabilità, la salute mentale, l'immigrazione, la condizione dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia, l'emarginazione e le sue dipendenze condotti dai vari enti presenti nel territorio.

Appendice Cap. 1 -

Alcuni dati socio-demografici scaricabili dal sito www.fondazionefestari.it

IL QUADRO SOCIO-DEMOGRAFICO DEL TERRITORIO
1) La popolazione residente nei Comuni appartenenti all'Alto Vicentino (videata 1)
2) La popolazione residente nell'Alto Vicentino per articolazioni territoriali: ultimi datisponibili ➢ popolazione residente nei comuni (videata 1) ➢ popolazione residente articolata per ulss e distretti (videata 2) ➢ popolazione residente articolata per comunità montane (videata 3)
3) La popolazione residente articolata per classi di età (videata 4)
4) Il bilancio demografico dell'Alto Vicentino (videata 5)
5) Principali indicatori socio-demografici (videata 6)
6) Le principali caratteristiche delle famiglie residenti (videata 7)
7) La popolazione straniera residente ➢ stranieri residenti e proporzione sulla popolazione residente (videata 8) ➢ stranieri residenti per apese di provenienza (videata 9)
8) Il livello di istruzione della popolazione residente ➢ popolazione residente dai sei anni in poi per grado di istruzione (videata 10) ➢ tasso di conseguimento del diploma nella popolazione residente (videata 11) ➢ tasso di conseguimento del diploma nella popolazione residente tra i 19 e i 34 anni (videata 12) ➢ tasso di conseguimento del diploma nella popolazione residente tra i 35 e i 44 anni (videata 13) ➢ tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo (videata 14)

VIDEATA 1

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Popolazione residente nell'Alto Vicentino
Fonte: Censimento Istat 2001

	Pop. residente	di cui M	di cui F
Provincia di Vicenza	794.317	390.048	404.269
Alto vicentino	238.954	117.313	121.641
In % sulla popolazione residente in provincia	*30,1%*	*30,1%*	*30,1%*

Comune	Pop. residente	di cui M	di cui F
Arsiero	3.353	1.638	1.715
Breganze	7.870	3.808	4.062
Brogliano	2.937	1.475	1.462
Caltrano	2.545	1.264	1.281
Calvene	1.274	640	634
Carre'	3.265	1.623	1.642
Castelgomberto	5.482	2.737	2.745
Chiuppano	2.559	1.281	1.278
Cogollo del Cengio	3.330	1.622	1.708
Cornedo Vicentino	10.566	5.300	5.266
Fara vicentina	3.810	1.873	1.937
Isola Vicentina	8.034	3.984	4.050
Laghi	128	56	72
Lastebasse	243	111	132
Lugo di Vicenza	3.719	1.869	1.850
Malo	12.307	6.074	6.233
Marano Vicentino	8.879	4.456	4.423
Monte di Malo	2.755	1.393	1.362
Pedemonte	830	396	434
Piovene Rocchette	7.723	3.783	3.940
Posina	727	378	349
Recoaro Terme	7.266	3.578	3.688
Salcedo	1.029	528	501
San Vito di Leguzzano	3.390	1.669	1.721
Santorso	5.272	2.593	2.679
Sarcedo	5.092	2.505	2.587

02/11/2005 Pagina 1 di 2

Comune	Pop. residente	di cui M	di cui F
Schio	37.444	18.093	19.351
Thiene	20.977	10.163	10.814
Tonezza del Cimone	619	312	307
Torrebelvicino	5.476	2.650	2.826
Trissino	7.794	3.908	3.886
Valdagno	27.193	13.125	14.068
Valdastico	1.480	712	768
Valli del Pasubio	3.567	1.810	1.757
Velo d'Astico	2.350	1.168	1.182
Villaverla	5.389	2.695	2.694
Zane'	6.114	2.992	3.122
Zugliano	6.166	3.051	3.115

02/11/2005

Pagina 2 di 2

VIDEATA 2

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Popolazione residente nell'Alto Vicentino per Ulss e distretti
Fonte: Istat 2003

N. totale dei Comuni appartenenti all'AV	38
Totale popolazione residente nell'AV	245.306

ULSS:	**ULSS 4**
N. comuni rientranti nell' AV	31
In % sui comuni appartenenti alla ULSS	*96,9%*
Totale popolazione residente nei Comuni rientranti nell' AV	174.443
In % sulla popolazione residente nella ULSS	*97,4%*

ULSS:	**ULSS 5**
N. comuni rientranti nell' AV	6
In % sui comuni appartenenti alla ULSS	*27,3%*
Totale popolazione residente nei Comuni rientranti nell' AV	62.529
In % sulla popolazione residente nella ULSS	*36,6%*

ULSS:	**ULSS 6**
N. comuni rientranti nell' AV	1
In % sui comuni appartenenti alla ULSS	*2,9%*
Totale popolazione residente nei Comuni rientranti nell' AV	8.334
In % sulla popolazione residente nella ULSS	*2,9%*

02/11/2005

Pagina 1 di 1

VIDEATA 3

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Popolazione residente nell'Alto Vicentino per Comunità Montane
Fonte: Istat 2003

N. totale dei Comuni dell'Alto Vicentino appartenenti a Comunità Montane	26
Totale popolazione dell'Alto Vicentino residente in Comunità Montane	154.691

Comunità montana	Agno - Chiampo
Comune	**Popolazione totale**
Recoaro Terme	7.252
Valdagno	27.293
Trissino	8.058
Brogliano	3.135
Cornedo vicentino	11.048

Comunità montana	Alto Astico
Comune	**Popolazione totale**
Laghi	131
Lastebasse	246
Arsiero	3.437
Cogollo del cengio	3.438
Velo d'Astico	2.345
Posina	702
Pedemonte	817
Tonezza del Cimone	613
Valdastico	1.481

Comunità montana	Basso Astico
Comune	**Popolazione totale**
Calvene	1.303
Caltrano	2.624
Lugo di vicenza	3.730
Breganze	8.197
Fara vicentina	3.888
Salcedo	1.049

Comunità montana	Leogra - Timonchio
Comune	**Popolazione totale**
Piovene Rocchette	7.961
Santorso	5.512
Schio	38.313
Torrebelvicino	5.711
Valli del Pasubio	3.543
Monte di malo	2.864

02/11/2005 Pagina 1 di 1

VIDEATA 4

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Popolazione residente nell'Alto Vicentino per classi di età
Fonte: Censimento Istat 2001

	0-5 anni	5-14 anni	15-64 anni	65 e più	Di cui 0-14 anni	75 e più
Provincia di Vicenza	40.721	76.356	540.258	132.766	117.077	59.878
in % sul tot. dei residenti	*5,2%*	*9,7%*	*68,4%*	*16,8%*	*14,8%*	*7,6%*
Totale Alto vicentino	12.161	22.795	162.665	41.333	34.956	18.602
in % sul tot. dei residenti	*5,1%*	*9,5%*	*68,1%*	*17,3%*	*14,6%*	*7,8%*

Comune	0-5 anni	5-14 anni	15-64 anni	65 e più	Di cui 0-14 anni	75 e più
Arsiero	130	271	2253	699	401	348
in % sul tot. dei residenti	*3,9%*	*8,1%*	*67,2%*	*20,8%*	*12,0%*	*10,4%*
Breganze	378	823	5282	1387	1.201	671
in % sul tot. dei residenti	*4,8%*	*10,5%*	*67,1%*	*17,6%*	*15,3%*	*8,5%*
Brogliano	198	305	2046	388	503	155
in % sul tot. dei residenti	*6,7%*	*10,4%*	*69,7%*	*13,2%*	*17,1%*	*5,3%*
Caltrano	125	219	1772	429	344	202
in % sul tot. dei residenti	*4,9%*	*8,6%*	*69,6%*	*16,9%*	*13,5%*	*7,9%*
Calvene	62	131	866	215	193	85
in % sul tot. dei residenti	*4,9%*	*10,3%*	*68,0%*	*16,9%*	*15,1%*	*6,7%*
Carre'	183	324	2297	461	507	201
in % sul tot. dei residenti	*5,6%*	*9,9%*	*70,4%*	*14,1%*	*15,5%*	*6,2%*
Castelgomberto	330	580	3813	759	910	326
in % sul tot. dei residenti	*6,0%*	*10,6%*	*69,6%*	*13,8%*	*16,6%*	*5,9%*
Chiuppano	123	223	1746	467	346	196
in % sul tot. dei residenti	*4,8%*	*8,7%*	*68,2%*	*18,2%*	*13,5%*	*7,7%*
Cogollo del Cengio	190	327	2281	532	517	250
in % sul tot. dei residenti	*5,7%*	*9,8%*	*68,5%*	*16,0%*	*15,5%*	*7,5%*
Cornedo Vicentino	555	1062	7353	1596	1.617	698
in % sul tot. dei residenti	*5,3%*	*10,1%*	*69,6%*	*15,1%*	*15,3%*	*6,6%*
Fara vicentina	217	358	2667	568	575	257
in % sul tot. dei residenti	*5,7%*	*9,4%*	*70,0%*	*14,9%*	*15,1%*	*6,7%*
Isola Vicentina	482	832	5487	1233	1.314	557
in % sul tot. dei residenti	*6,0%*	*10,4%*	*68,3%*	*15,3%*	*16,4%*	*6,9%*

02/11/2005 Pagina 1 di 3

Comune	0-5 anni	5-14 anni	15-64 anni	65 e più	Di cui 0-14 anni	75 e più
Laghi	5	9	67	47	14	23
in % sul tot. dei residenti	*3,9%*	*7,0%*	*52,3%*	*36,7%*	*10,9%*	*18,0%*
Lastebasse	12	14	128	89	26	46
in % sul tot. dei residenti	*4,9%*	*5,8%*	*52,7%*	*36,6%*	*10,7%*	*18,9%*
Lugo di Vicenza	198	354	2502	665	552	266
in % sul tot. dei residenti	*5,3%*	*9,5%*	*67,3%*	*17,9%*	*14,8%*	*7,2%*
Malo	668	1294	8630	1715	1.962	718
in % sul tot. dei residenti	*5,4%*	*10,5%*	*70,1%*	*13,9%*	*15,9%*	*5,8%*
Marano Vicentino	525	935	6102	1317	1.460	530
in % sul tot. dei residenti	*5,9%*	*10,5%*	*68,7%*	*14,8%*	*16,4%*	*6,0%*
Monte di Malo	144	275	1863	473	419	223
in % sul tot. dei residenti	*5,2%*	*10,0%*	*67,6%*	*17,2%*	*15,2%*	*8,1%*
Pedemonte	35	72	515	208	107	103
in % sul tot. dei residenti	*4,2%*	*8,7%*	*62,0%*	*25,1%*	*12,9%*	*12,4%*
Piovene Rocchette	405	692	5296	1330	1.097	573
in % sul tot. dei residenti	*5,2%*	*9,0%*	*68,6%*	*17,2%*	*14,2%*	*7,4%*
Posina	38	60	436	193	98	116
in % sul tot. dei residenti	*5,2%*	*8,3%*	*60,0%*	*26,5%*	*13,5%*	*16,0%*
Recoaro Terme	376	635	4859	1396	1.011	611
in % sul tot. dei residenti	*5,2%*	*8,7%*	*66,9%*	*19,2%*	*13,9%*	*8,4%*
Salcedo	53	116	688	172	169	72
in % sul tot. dei residenti	*5,2%*	*11,3%*	*66,9%*	*16,7%*	*16,4%*	*7,0%*
Santorso	257	475	3642	898	732	378
in % sul tot. dei residenti	*4,9%*	*9,0%*	*69,1%*	*17,0%*	*13,9%*	*7,2%*
San Vito di Leguzzano	186	371	2328	505	557	219
in % sul tot. dei residenti	*5,5%*	*10,9%*	*68,7%*	*14,9%*	*16,4%*	*6,5%*
Sarcedo	257	561	3560	714	818	296
in % sul tot. dei residenti	*5,0%*	*11,0%*	*69,9%*	*14,0%*	*16,1%*	*5,8%*
Schio	1741	3281	24809	7613	5.022	3.637
in % sul tot. dei residenti	*4,6%*	*8,8%*	*66,3%*	*20,3%*	*13,4%*	*9,7%*
Thiene	1025	2018	14305	3629	3.043	1.595
in % sul tot. dei residenti	*4,9%*	*9,6%*	*68,2%*	*17,3%*	*14,5%*	*7,6%*
Tonezza del Cimone	20	62	371	166	82	98
in % sul tot. dei residenti	*3,2%*	*10,0%*	*59,9%*	*26,8%*	*13,2%*	*15,8%*
Torrebelvicino	301	569	3713	893	870	415
in % sul tot. dei residenti	*5,5%*	*10,4%*	*67,8%*	*16,3%*	*15,9%*	*7,6%*
Trissino	412	775	5491	1116	1.187	444
in % sul tot. dei residenti	*5,3%*	*9,9%*	*70,5%*	*14,3%*	*15,2%*	*5,7%*

02/11/2005 Pagina 2 di 3

Comune	0-5 anni	5-14 anni	15-64 anni	65 e più	Di cui 0-14 anni	75 e più
Valdagno	1196	2336	18124	5537	3.532	2.611
in % sul tot. dei residenti	*4,4%*	*8,6%*	*66,6%*	*20,4%*	*13,0%*	*9,6%*
Valdastico	47	131	942	360	178	199
in % sul tot. dei residenti	*3,2%*	*8,9%*	*63,6%*	*24,3%*	*12,0%*	*13,4%*
Valli del Pasubio	181	326	2322	738	507	325
in % sul tot. dei residenti	*5,1%*	*9,1%*	*65,1%*	*20,7%*	*14,2%*	*9,1%*
Velo d'Astico	127	211	1576	436	338	202
in % sul tot. dei residenti	*5,4%*	*9,0%*	*67,1%*	*18,6%*	*14,4%*	*8,6%*
Villaverla	317	578	3801	693	895	304
in % sul tot. dei residenti	*5,9%*	*10,7%*	*70,5%*	*12,9%*	*16,6%*	*5,6%*
Zane'	334	596	4433	751	930	288
in % sul tot. dei residenti	*5,5%*	*9,7%*	*72,5%*	*12,3%*	*15,2%*	*4,7%*
Zugliano	328	594	4299	945	922	364
in % sul tot. dei residenti	*5,3%*	*9,6%*	*69,7%*	*15,3%*	*15,0%*	*5,9%*

02/11/2005

Pagina 3 di 3

VIDEATA 5

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Il bilancio demografico dell'Alto Vicentino
Fonte: Istat 2003

	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio	Saldo totale	Tasso di crescita
Provincia di Vicenza	8.271	7.031	1.240	35.806	25.106	10.700	11.940	**1,5%**
Totale Alto vicentino	2.523	2.251	272	10.321	7.080	3.241	3.513	**1,4%**

Comune	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio	Saldo totale	Tasso di crescita
Arsiero	34	54	-20	163	98	65	45	**1,3%**
Breganze	70	81	-11	364	175	189	178	**2,2%**
Brogliano	45	24	21	194	104	90	111	**3,5%**
Caltrano	23	30	-7	119	91	28	21	**0,8%**
Calvene	6	13	-7	46	32	14	7	**0,5%**
Carre'	34	18	16	134	128	6	22	**0,6%**
Castelgomberto	71	45	26	259	148	111	137	**2,4%**
Chiuppano	38	15	23	93	86	7	30	**1,1%**
Cogollo del cengio	34	31	3	137	119	18	21	**0,6%**
Cornedo vicentino	121	92	29	543	354	189	218	**2,0%**
Fara vicentina	48	22	26	108	105	3	29	**0,7%**
Isola vicentina	91	82	9	378	167	211	220	**2,6%**
Laghi	1	3	-2	4	0	4	2	**1,5%**
Lastebasse	1	1	0	7	2	5	5	**2,0%**
Lugo di vicenza	35	31	4	146	126	20	24	**0,6%**
Malo	147	88	59	627	293	334	393	**3,0%**

02/11/2005 Pagina 1 di 2

Comune	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio	Saldo totale	Tasso di crescita
Marano vicentino	103	72	31	369	294	75	106	1,2%
Monte di malo	28	20	8	119	62	57	65	2,3%
Pedemonte	8	14	-6	33	24	9	3	0,4%
Piovene rocchette	91	64	27	400	325	75	102	1,3%
Posina	5	15	-10	38	47	-9	-19	-2,7%
Recoaro terme	77	67	10	150	156	-6	4	0,1%
Salcedo	15	9	6	43	27	16	22	2,1%
Santorso	59	48	11	269	135	134	145	2,6%
San vito di leguzzano	47	20	27	215	143	72	99	2,8%
Sarcedo	52	36	16	194	155	39	55	1,1%
Schio	395	413	-18	1.424	917	507	489	1,3%
Thiene	202	240	-38	1.171	821	350	312	1,5%
Tonezza del cimone	1	9	-8	29	28	1	-7	-1,1%
Torrebelvicino	67	30	37	305	199	106	143	2,5%
Trissino	67	63	4	310	195	115	119	1,5%
Valdagno	238	299	-61	932	686	246	185	0,7%
Valdastico	19	18	1	40	48	-8	-7	-0,5%
Valli del pasubio	28	56	-28	79	93	-14	-42	-1,2%
Velo d'astico	27	27	0	111	114	-3	-3	-0,1%
Villaverla	57	25	32	316	169	147	179	3,1%
Zane'	70	28	42	224	243	-19	23	0,4%
Zugliano	68	48	20	228	171	57	77	1,2%

02/11/2005

Pagina 2 di 2

VIDEATA 6

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

I principali indicatori socio-demografici dell'Alto Vicentino
Fonte: Censimento Istat 2001

	Indice di vecchiaia	Tasso di vecchiaia	Anziani per bambino	Indice di dip.za totale	Indice di dip.za giovanile	Indice di dip.za senile	Indice struttura della pop. attiva	Indice ricambio pop. attiva
Provincia di Vicenza	113,4	16,8	326,0	46,2	21,7	24,6	89,9	16,5
Totale Alto Vicentino	118,2	17,3	339,9	46,9	21,5	25,4	92,3	17,6

Comune	Indice di vecchiaia	Tasso di vecchiaia	Anziani per bambino	Indice di dip.za totale	Indice di dip.za giovanile	Indice di dip.za senile	Indice struttura della pop. attiva	Indice ricambio pop. attiva
Arsiero	174,3	20,8	537,7	48,8	17,8	31,0	103,3	19,7
Breganze	115,5	17,6	366,9	49,0	22,7	26,3	88,4	15,6
Brogliano	77,1	13,2	196,0	43,5	24,6	19,0	76,5	12,2
Caltrano	124,7	16,9	343,2	43,6	19,4	24,2	89,5	14,3
Calvene	111,4	16,9	346,8	47,1	22,3	24,8	96,8	17,5
Carre'	90,9	14,1	251,9	42,1	22,1	20,1	84,5	14,3
Castelgomberto	83,4	13,8	230,0	43,8	23,9	19,9	84,6	13,7
Chiuppano	135,0	18,2	379,7	46,6	19,8	26,7	92,5	19,2
Cogollo del Cengio	102,9	16,0	280,0	46,0	22,7	23,3	94,1	14,4
Cornedo Vicentino	98,7	15,1	287,6	43,7	22,0	21,7	89,6	16,3
Fara vicentina	98,8	14,9	261,8	42,9	21,6	21,3	87,9	15,1

02/11/2005 Pagina 1 di 5

Comune	Indice di vecchiaia	Tasso di vecchiaia	Anziani per bambino	Indice di dip.za totale	Indice di dip.za giovanile	Indice di dip.za senile	Indice struttura della pop. attiva	Indice ricambio pop. attiva
Isola Vicentina	93,8	15,3	255,8	46,4	23,9	22,5	80,8	14,0
Laghi	335,7	36,7	940,0	91,0	20,9	70,1	157,7	23,1
Lastebasse	342,3	36,6	741,7	89,8	20,3	69,5	93,9	21,2
Lugo di Vicenza	120,5	17,9	335,9	48,6	22,1	26,6	94,3	17,7
Malo	87,4	13,9	256,7	42,6	22,7	19,9	83,8	14,9
Marano Vicentino	90,2	14,8	250,9	45,5	23,9	21,6	82,5	15,5
Monte di Malo	112,9	17,2	328,5	47,9	22,5	25,4	92,3	15,2
Pedemonte	194,4	25,1	594,3	61,2	20,8	40,4	102,0	19,2
Piovene Rocchette	121,2	17,2	328,4	45,8	20,7	25,1	92,7	18,9
Posina	196,9	26,5	507,9	66,7	22,5	44,3	104,7	21,6
Recoaro Terme	138,1	19,2	371,3	49,5	20,8	28,7	97,6	19,7
Salcedo	101,8	16,7	324,5	49,6	24,6	25,0	76,0	12,0
Santorso	122,7	17,0	349,4	44,8	20,1	24,7	102,8	21,1
San Vito di Leguzzano	90,7	14,9	271,5	45,6	23,9	21,7	88,7	16,1
Sarcedo	87,3	14,0	277,8	43,0	23,0	20,1	86,4	14,2
Schio	151,6	20,3	437,3	50,9	20,2	30,7	100,4	20,7
Thiene	119,3	17,3	354,0	46,6	21,3	25,4	90,5	17,9
Tonezza del Cimone	202,4	26,8	830,0	66,8	22,1	44,7	113,2	17,8
Torrebelvicino	102,6	16,3	296,7	47,5	23,4	24,1	93,1	17,9
Trissino	94,0	14,3	270,9	41,9	21,6	20,3	87,2	15,1
Valdagno	156,8	20,4	463,0	50,0	19,5	30,6	103,8	22,2
Valdastico	202,2	24,3	766,0	57,1	18,9	38,2	113,6	20,2

02/11/2005 Pagina 2 di 5

Comune	Indice di vecchiaia	Tasso di vecchiaia	Anziani per bambino	Indice di dip.za totale	Indice di dip.za giovanile	Indice di dip.za senile	Indice struttura della pop. attiva	Indice ricambio pop. attiva
Valli del Pasubio	145,6	20,7	407,7	53,6	21,8	31,8	94,6	18,7
Velo d'Astico	129,0	18,6	343,3	49,1	21,4	27,7	84,1	16,8
Villaverla	77,4	12,9	218,6	41,8	23,5	18,2	81,8	13,4
Zane'	80,8	12,3	224,9	37,9	21,0	16,9	89,6	17,1
Zugliano	102,5	15,3	288,1	43,4	21,4	22,0	87,1	17,6

02/11/2005 Pagina 3 di 5

VIDEATA 7

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Lo stato civile della popolazione residente nell'Alto Vicentino
Fonte: Censimento Istat 2001

	Celibi/nubili	Coniugati/e	Separati/e	Divorziati/e	Vedovi/e	Totali residenti
Provincia di Vicenza	315.799	398.747	11.042	9.574	59.155	794.317
In % sul totale dei residenti	*39,8%*	*50,2%*	*1,4%*	*1,2%*	*7,4%*	*100 %*

	Celibi/nubili	Coniugati/e	Separati/e	Divorziati/e	Vedovi/e	Totali residenti
Totale Alto vicentino	92.674	121.244	3.261	2.731	19.044	238.954
In % sul totale dei residenti	*38,8%*	*50,7%*	*1,4%*	*1,1%*	*8,0%*	*100 %*

Comune	Celibi/nubili	Coniugati/e	Separati/e	Divorziati/e	Vedovi/e	Totali residenti
Arsiero	1.273	1.618	32	50	380	3.353
In % sul totale dei residenti	*38,0%*	*48,3%*	*1,0%*	*1,5%*	*11,3%*	*100 %*
Breganze	3.209	3.906	66	48	641	7.870
In % sul totale dei residenti	*40,8%*	*49,6%*	*0,8%*	*0,6%*	*8,1%*	*100 %*
Brogliano	1.144	1.546	40	25	182	2.937
In % sul totale dei residenti	*39,0%*	*52,6%*	*1,4%*	*0,9%*	*6,2%*	*100 %*
Caltrano	1.012	1.256	30	33	214	2.545
In % sul totale dei residenti	*39,8%*	*49,4%*	*1,2%*	*1,3%*	*8,4%*	*100 %*
Calvene	516	613	19	10	116	1.274
In % sul totale dei residenti	*40,5%*	*48,1%*	*1,5%*	*0,8%*	*9,1%*	*100 %*
Carre'	1.301	1.676	38	38	212	3.265
In % sul totale dei residenti	*39,8%*	*51,3%*	*1,2%*	*1,2%*	*6,5%*	*100 %*
Castelgomberto	2.152	2.843	68	66	353	5.482
In % sul totale dei residenti	*39,3%*	*51,9%*	*1,2%*	*1,2%*	*6,4%*	*100 %*
Chiuppano	964	1.340	43	29	183	2.559
In % sul totale dei residenti	*37,7%*	*52,4%*	*1,7%*	*1,1%*	*7,2%*	*100 %*
Cogollo del Cengio	1.276	1.700	51	23	280	3.330
In % sul totale dei residenti	*38,3%*	*51,1%*	*1,5%*	*0,7%*	*8,4%*	*100 %*
Cornedo Vicentino	4.063	5.510	120	106	767	10.566
In % sul totale dei residenti	*38,5%*	*52,1%*	*1,1%*	*1,0%*	*7,3%*	*100 %*
Fara vicentina	1.538	1.945	24	28	275	3.810
In % sul totale dei residenti	*40,4%*	*51,0%*	*0,6%*	*0,7%*	*7,2%*	*100 %*

02/11/2005 Pagina 1 di 3

Comune	Celibi/nubili	Coniugati/e	Separati/e	Divorziati/e	Vedovi/e	Totali residenti
Isola Vicentina	3.336	3.983	122	81	512	8.034
In % sul totale dei residenti	*41,5%*	*49,6%*	*1,5%*	*1,0%*	*6,4%*	*100 %*
Laghi	46	57	0	0	25	128
In % sul totale dei residenti	*35,9%*	*44,5%*	*0,0%*	*0,0%*	*19,5%*	*100 %*
Lastebasse	86	113	2	1	41	243
In % sul totale dei residenti	*35,4%*	*46,5%*	*0,8%*	*0,4%*	*16,9%*	*100 %*
Lugo di Vicenza	1.427	1.917	55	27	293	3.719
In % sul totale dei residenti	*38,4%*	*51,5%*	*1,5%*	*0,7%*	*7,9%*	*100 %*
Malo	4.858	6.328	148	136	837	12.307
In % sul totale dei residenti	*39,5%*	*51,4%*	*1,2%*	*1,1%*	*6,8%*	*100 %*
Marano Vicentino	3.466	4.614	99	88	612	8.879
In % sul totale dei residenti	*39,0%*	*52,0%*	*1,1%*	*1,0%*	*6,9%*	*100 %*
Monte di Malo	1.128	1.382	18	28	199	2.755
In % sul totale dei residenti	*40,9%*	*50,2%*	*0,7%*	*1,0%*	*7,2%*	*100 %*
Pedemonte	321	396	3	4	106	830
In % sul totale dei residenti	*38,7%*	*47,7%*	*0,4%*	*0,5%*	*12,8%*	*100 %*
Piovene Rocchette	2.816	4.060	131	107	609	7.723
In % sul totale dei residenti	*36,5%*	*52,6%*	*1,7%*	*1,4%*	*7,9%*	*100 %*
Posina	276	338	7	10	96	727
In % sul totale dei residenti	*38,0%*	*46,5%*	*1,0%*	*1,4%*	*13,2%*	*100 %*
Recoaro Terme	2.714	3.729	91	59	673	7.266
In % sul totale dei residenti	*37,4%*	*51,3%*	*1,3%*	*0,8%*	*9,3%*	*100 %*
Salcedo	450	485	11	7	76	1.029
In % sul totale dei residenti	*43,7%*	*47,1%*	*1,1%*	*0,7%*	*7,4%*	*100 %*
San Vito di Leguzzano	1.324	1.747	50	37	232	3.390
In % sul totale dei residenti	*39,1%*	*51,5%*	*1,5%*	*1,1%*	*6,8%*	*100 %*
Santorso	1.999	2.749	59	55	410	5.272
In % sul totale dei residenti	*37,9%*	*52,1%*	*1,1%*	*1,0%*	*7,8%*	*100 %*
Sarcedo	2.059	2.594	52	36	351	5.092
In % sul totale dei residenti	*40,4%*	*50,9%*	*1,0%*	*0,7%*	*6,9%*	*100 %*
Schio	13.891	19.021	647	603	3.282	37.444
In % sul totale dei residenti	*37,1%*	*50,8%*	*1,7%*	*1,6%*	*8,8%*	*100 %*
Thiene	8.411	10.278	349	291	1.648	20.977
In % sul totale dei residenti	*40,1%*	*49,0%*	*1,7%*	*1,4%*	*7,9%*	*100 %*
Tonezza del Cimone	229	302	7	8	73	619
In % sul totale dei residenti	*37,0%*	*48,8%*	*1,1%*	*1,3%*	*11,8%*	*100 %*

02/11/2005 Pagina 2 di 3

Comune	Celibi/nubili	Coniugati/e	Separati/e	Divorziati/e	Vedovi/e	Totali residenti
Torrebelvicino	2.074	2.790	71	57	484	5.476
In % sul totale dei residenti	*37,9%*	*50,9%*	*1,3%*	*1,0%*	*8,8%*	*100 %*
Trissino	3.117	4.038	102	78	459	7.794
In % sul totale dei residenti	*40,0%*	*51,8%*	*1,3%*	*1,0%*	*5,9%*	*100 %*
Valdagno	10.154	13.714	410	357	2.558	27.193
In % sul totale dei residenti	*37,3%*	*50,4%*	*1,5%*	*1,3%*	*9,4%*	*100 %*
Valdastico	595	657	13	12	203	1.480
In % sul totale dei residenti	*40,2%*	*44,4%*	*0,9%*	*0,8%*	*13,7%*	*100 %*
Valli del Pasubio	1.425	1.737	41	29	335	3.567
In % sul totale dei residenti	*39,9%*	*48,7%*	*1,1%*	*0,8%*	*9,4%*	*100 %*
Velo d'Astico	897	1.169	42	25	217	2.350
In % sul totale dei residenti	*38,2%*	*49,7%*	*1,8%*	*1,1%*	*9,2%*	*100 %*
Villaverla	2.258	2.735	46	39	311	5.389
In % sul totale dei residenti	*41,9%*	*50,8%*	*0,9%*	*0,7%*	*5,8%*	*100 %*
Zane'	2.459	3.122	81	58	394	6.114
In % sul totale dei residenti	*40,2%*	*51,1%*	*1,3%*	*0,9%*	*6,4%*	*100 %*
Zugliano	2.410	3.236	73	42	405	6.166
In % sul totale dei residenti	*39,1%*	*52,5%*	*1,2%*	*0,7%*	*6,6%*	*100 %*

02/11/2005 Pagina 3 di 3

VIDEATA 8

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Stranieri residenti nell'Alto Vicentino e proporzione sulla popolazione residente
Fonte: Istat, Censimento 2001

	Totale stranieri residenti	% sulla popolazione totale residente	M residenti	% sulla popolazione M residente	F residenti	% sulla popolazione F residente
Provincia di Vicenza	36.991	4,7%	20.455	5,3%	16.536	4,1%
Totale Alto vicentino	10.350	4,3%	5.733	4,9%	4.617	3,8%

Comune	Totale stranieri residenti	% sulla popolazione totale residente	M residenti	% sulla popolazione M residente	F residenti	% sulla popolazione F residente
Arsiero	182	5,4%	88	5,4%	94	5,5%
Breganze	221	2,8%	107	2,8%	114	2,8%
Brogliano	83	2,8%	45	3,1%	38	2,6%
Caltrano	144	5,7%	92	7,3%	52	4,1%
Calvene	47	3,7%	25	3,9%	22	3,5%
Carre'	181	5,5%	97	6,0%	84	5,1%
Castelgomberto	247	4,5%	132	4,8%	115	4,2%
Chiuppano	89	3,5%	48	3,7%	41	3,2%
Cogollo del Cengio	115	3,5%	58	3,6%	57	3,3%
Cornedo Vicentino	506	4,8%	274	5,2%	232	4,4%
Fara vicentina	94	2,5%	48	2,6%	46	2,4%

02/11/2005 Pagina 1 di 3

Comune	Totale stranieri residenti	% sulla popolazione totale residente	M residenti	% sulla popolazione M residente	F residenti	% sulla popolazione F residente
Isola Vicentina	248	3,1%	146	3,7%	102	2,5%
Laghi	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Lastebasse	1	0,4%	0	0,0%	1	0,8%
Lugo di Vicenza	167	4,5%	99	5,3%	68	3,7%
Malo	492	4,0%	279	4,6%	213	3,4%
Marano Vicentino	303	3,4%	166	3,7%	137	3,1%
Monte di Malo	58	2,1%	28	2,0%	30	2,2%
Pedemonte	39	4,7%	22	5,6%	17	3,9%
Piovene Rocchette	474	6,1%	264	7,0%	210	5,3%
Posina	73	10,0%	43	11,4%	30	8,6%
Recoaro Terme	207	2,8%	112	3,1%	95	2,6%
Salcedo	32	3,1%	21	4,0%	11	2,2%
Santorso	206	3,9%	115	4,4%	91	3,4%
San Vito di Leguzzano	111	3,3%	62	3,7%	49	2,8%
Sarcedo	106	2,1%	62	2,5%	44	1,7%
Schio	1.942	5,2%	1.100	6,1%	842	4,4%
Thiene	1.049	5,0%	580	5,7%	469	4,3%

02/11/2005 Pagina 2 di 3

Comune	Totale stranieri residenti	% sulla popolazione totale residente	M residenti	% sulla popolazione M residente	F residenti	% sulla popolazione F residente
Tonezza del Cimone	10	1,6%	5	1,6%	5	1,6%
Torrebelvicino	300	5,5%	158	6,0%	142	5,0%
Trissino	308	4,0%	166	4,2%	142	3,7%
Valdagno	1.374	5,1%	790	6,0%	584	4,2%
Valdastico	70	4,7%	36	5,1%	34	4,4%
Valli del Pasubio	166	4,7%	84	4,6%	82	4,7%
Velo d'Astico	123	5,2%	68	5,8%	55	4,7%
Villaverla	235	4,4%	124	4,6%	111	4,1%
Zane'	171	2,8%	86	2,9%	85	2,7%
Zugliano	176	2,9%	103	3,4%	73	2,3%

02/11/2005 Pagina 3 di 3

VIDEATA 9

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Stranieri residenti nell'Alto Vicentino per paese di provenienza
Fonte: Istat, Censimento 2001

TOTALE RESIDENTI

	Europa	Asia	Africa	America	Oceania	Apolidi	Totale stranieri residenti
Provincia di Vicenza	17.347	5.362	12.284	1.894	95	9	36.991
In % sul tot degli stranieri residenti	*46,9%*	*14,5%*	*33,2%*	*5,1%*	*0,3%*	*0,0%*	*100 %*
Totale Alto vicentino	4.816	1.186	3.908	413	24	3	10.350
In % sul tot degli stranieri residenti	*46,5%*	*11,5%*	*37,8%*	*4,0%*	*0,2%*	*0,0%*	*100 %*

Comune	Europa	Asia	Africa	America	Oceania	Apolidi	Totale stranieri residenti
Arsiero	110	12	55	5	0	0	182
In % sul tot degli stranieri residenti	*60,4%*	*6,6%*	*30,2%*	*2,7%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Breganze	115	7	88	10	1	0	221
In % sul tot degli stranieri residenti	*52,0%*	*3,2%*	*39,8%*	*4,5%*	*0,5%*	*0,0%*	*100 %*
Brogliano	53	20	5	4	1	0	83
In % sul tot degli stranieri residenti	*63,9%*	*24,1%*	*6,0%*	*4,8%*	*1,2%*	*0,0%*	*100 %*
Caltrano	62	8	68	5	1	0	144
In % sul tot degli stranieri residenti	*43,1%*	*5,6%*	*47,2%*	*3,5%*	*0,7%*	*0,0%*	*100 %*
Calvene	18	2	23	3	1	0	47
In % sul tot degli stranieri residenti	*38,3%*	*4,3%*	*48,9%*	*6,4%*	*2,1%*	*0,0%*	*100 %*
Carre'	86	43	36	16	0	0	181
In % sul tot degli stranieri residenti	*47,5%*	*23,8%*	*19,9%*	*8,8%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Castelgomberto	145	32	59	9	2	0	247
In % sul tot degli stranieri residenti	*58,7%*	*13,0%*	*23,9%*	*3,6%*	*0,8%*	*0,0%*	*100 %*
Chiuppano	39	5	42	2	1	0	89
In % sul tot degli stranieri residenti	*43,8%*	*5,6%*	*47,2%*	*2,2%*	*1,1%*	*0,0%*	*100 %*

02/11/2005 Pagina 1 di 12

Cogollo del Cengio	79	8	22	6	0	0	115
In % sul tot degli stranieri residenti	*68,7%*	*7,0%*	*19,1%*	*5,2%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Cornedo Vicentino	194	118	156	34	3	1	506
In % sul tot degli stranieri residenti	*38,3%*	*23,3%*	*30,8%*	*6,7%*	*0,6%*	*0,2%*	*100 %*
Fara vicentina	33	16	40	4	1	0	94
In % sul tot degli stranieri residenti	*35,1%*	*17,0%*	*42,6%*	*4,3%*	*1,1%*	*0,0%*	*100 %*
Isola Vicentina	126	28	77	15	2	0	248
In % sul tot degli stranieri residenti	*50,8%*	*11,3%*	*31,0%*	*6,0%*	*0,8%*	*0,0%*	*100 %*
Laghi	0	0	0	0	0	0	0
In % sul tot degli stranieri residenti	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Lastebasse	1	0	0	0	0	0	1
In % sul tot degli stranieri residenti	*100,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Lugo di Vicenza	56	8	91	11	1	0	167
In % sul tot degli stranieri residenti	*33,5%*	*4,8%*	*54,5%*	*6,6%*	*0,6%*	*0,0%*	*100 %*
Malo	232	108	134	16	0	2	492
In % sul tot degli stranieri residenti	*47,2%*	*22,0%*	*27,2%*	*3,3%*	*0,0%*	*0,4%*	*100 %*
Marano Vicentino	121	35	141	6	0	0	303
In % sul tot degli stranieri residenti	*39,9%*	*11,6%*	*46,5%*	*2,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Monte di Malo	46	1	9	2	0	0	58
In % sul tot degli stranieri residenti	*79,3%*	*1,7%*	*15,5%*	*3,4%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Pedemonte	12	3	22	2	0	0	39
In % sul tot degli stranieri residenti	*30,8%*	*7,7%*	*56,4%*	*5,1%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Piovene Rocchette	223	73	167	11	0	0	474
In % sul tot degli stranieri residenti	*47,0%*	*15,4%*	*35,2%*	*2,3%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Posina	30	0	42	1	0	0	73
In % sul tot degli stranieri residenti	*41,1%*	*0,0%*	*57,5%*	*1,4%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Recoaro Terme	46	16	141	4	0	0	207
In % sul tot degli stranieri residenti	*22,2%*	*7,7%*	*68,1%*	*1,9%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*

02/11/2005 Pagina 2 di 12

Salcedo	15	5	10	2	0	0	32
In % sul tot degli stranieri residenti	*46,9%*	*15,6%*	*31,3%*	*6,3%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Santorso	97	11	88	9	1	0	206
In % sul tot degli stranieri residenti	*47,1%*	*5,3%*	*42,7%*	*4,4%*	*0,5%*	*0,0%*	*100 %*
San Vito di Leguzzano	46	5	55	5	0	0	111
In % sul tot degli stranieri residenti	*41,4%*	*4,5%*	*49,5%*	*4,5%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Sarcedo	61	2	37	4	2	0	106
In % sul tot degli stranieri residenti	*57,5%*	*1,9%*	*34,9%*	*3,8%*	*1,9%*	*0,0%*	*100 %*
Schio	982	234	643	82	1	0	1.942
In % sul tot degli stranieri residenti	*50,6%*	*12,0%*	*33,1%*	*4,2%*	*0,1%*	*0,0%*	*100 %*
Thiene	547	66	395	40	1	0	1.049
In % sul tot degli stranieri residenti	*52,1%*	*6,3%*	*37,7%*	*3,8%*	*0,1%*	*0,0%*	*100 %*
Tonezza del Cimone	5	5	0	0	0	0	10
In % sul tot degli stranieri residenti	*50,0%*	*50,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Torrebelvicino	126	12	148	14	0	0	300
In % sul tot degli stranieri residenti	*42,0%*	*4,0%*	*49,3%*	*4,7%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Trissino	164	56	76	12	0	0	308
In % sul tot degli stranieri residenti	*53,2%*	*18,2%*	*24,7%*	*3,9%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Valdagno	476	174	686	38	0	0	1.374
In % sul tot degli stranieri residenti	*34,6%*	*12,7%*	*49,9%*	*2,8%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Valdastico	16	0	48	6	0	0	70
In % sul tot degli stranieri residenti	*22,9%*	*0,0%*	*68,6%*	*8,6%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Valli del Pasubio	68	5	86	4	3	0	166
In % sul tot degli stranieri residenti	*41,0%*	*3,0%*	*51,8%*	*2,4%*	*1,8%*	*0,0%*	*100 %*
Velo d'Astico	79	5	33	6	0	0	123
In % sul tot degli stranieri residenti	*64,2%*	*4,1%*	*26,8%*	*4,9%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Villaverla	124	40	61	8	2	0	235
In % sul tot degli stranieri residenti	*52,8%*	*17,0%*	*26,0%*	*3,4%*	*0,9%*	*0,0%*	*100 %*

02/11/2005 Pagina 3 di 12

Zane'	90	8	61	12	0	0	171
In % sul tot degli stranieri residenti	*52,6%*	*4,7%*	*35,7%*	*7,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*
Zugliano	93	15	63	5	0	0	176
In % sul tot degli stranieri residenti	*52,8%*	*8,5%*	*35,8%*	*2,8%*	*0,0%*	*0,0%*	*100 %*

02/11/2005 Pagina 4 di 12

VIDEATA 10

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Popolazione residente in età da 6 anni in poi per grado di istruzione
Fonte: Istat, Censimento 2001

	Laurea	Diploma secondaria superiore	Licenza di media inferiore	Licenza elementare	Alfabeti privi di titoli	Analfabeti	Analfabeti da 65 anni in poi
Provincia di Vicenza	13.360	189.306	240.966	210.707	54.702	2.513	808
In % sul totale dei residenti	*5,8%*	*25,5%*	*32,5%*	*28,4%*	*7,4%*	*0,3%*	*0,1%*
Totale Alto vicentino	1.185	56.002	73.459	67.050	16.135	585	166
In % sul totale dei residenti	*5,0%*	*25,0%*	*32,7%*	*29,9%*	*7,2%*	*0,3%*	*0,1%*

Comune	Laurea	Diploma secondaria superiore	Licenza di media inferiore	Licenza elementare	Alfabeti privi di titoli	Analfabeti	Analfabeti da 65 anni in poi
Arsiero	110	756	1.068	1.016	235	17	10
In % sul totale dei residenti	*3,4%*	*23,6%*	*33,4%*	*31,7%*	*7,3%*	*0,5%*	*0,3%*
Breganze	340	1.982	2.257	2.298	503	9	2
In % sul totale dei residenti	*4,6%*	*26,8%*	*30,5%*	*31,1%*	*6,8%*	*0,1%*	*0,0%*
Brogliano	84	629	993	802	194	5	2
In % sul totale dei residenti	*3,1%*	*23,2%*	*36,7%*	*29,6%*	*7,2%*	*0,2%*	*0,1%*
Caltrano	100	596	788	752	148	16	3
In % sul totale dei residenti	*4,2%*	*24,8%*	*32,8%*	*31,3%*	*6,2%*	*0,7%*	*0,1%*
Calvene	42	258	389	405	102	5	1
In % sul totale dei residenti	*3,5%*	*21,5%*	*32,4%*	*33,7%*	*8,5%*	*0,4%*	*0,1%*

02/11/2005 Pagina 1 di 4

Comune	Laurea	Diploma secondaria superiore	Licenza di media inferiore	Licenza elementare	Alfabeti privi di titoli	Analfabeti	Analfabeti da 65 anni in poi
Carre'	188	812	990	879	172	5	0
In % sul totale dei residenti	*6,2%*	*26,7%*	*32,5%*	*28,9%*	*5,6%*	*0,2%*	*0,0%*
Castelgomberto	221	1.134	1.780	1.519	423	17	6
In % sul totale dei residenti	*4,3%*	*22,3%*	*34,9%*	*29,8%*	*8,3%*	*0,3%*	*0,1%*
Chiuppano	111	572	802	750	169	6	2
In % sul totale dei residenti	*4,6%*	*23,7%*	*33,3%*	*31,1%*	*7,0%*	*0,2%*	*0,1%*
Cogollo del Cengio	129	859	997	907	204	4	2
In % sul totale dei residenti	*4,2%*	*27,7%*	*32,2%*	*29,3%*	*6,6%*	*0,1%*	*0,1%*
Cornedo Vicentino	400	2.368	3.357	2.955	773	29	14
In % sul totale dei residenti	*4,0%*	*24,0%*	*34,0%*	*29,9%*	*7,8%*	*0,3%*	*0,1%*
Fara vicentina	74	764	1.285	1.179	247	6	1
In % sul totale dei residenti	*2,1%*	*21,5%*	*36,1%*	*33,2%*	*6,9%*	*0,2%*	*0,0%*
Isola Vicentina	282	1.730	2.511	2.321	605	18	5
In % sul totale dei residenti	*3,8%*	*23,2%*	*33,6%*	*31,1%*	*8,1%*	*0,2%*	*0,1%*
Laghi	0	15	25	75	8	0	0
In % sul totale dei residenti	*0,0%*	*12,2%*	*20,3%*	*61,0%*	*6,5%*	*0,0%*	*0,0%*
Lastebasse	8	47	53	111	12	0	0
In % sul totale dei residenti	*3,5%*	*20,3%*	*22,9%*	*48,1%*	*5,2%*	*0,0%*	*0,0%*
Lugo di Vicenza	169	979	898	1.138	290	14	3
In % sul totale dei residenti	*4,8%*	*28,1%*	*25,7%*	*32,6%*	*8,3%*	*0,4%*	*0,1%*
Malo	439	2.671	4.201	3.307	842	46	11
In % sul totale dei residenti	*3,8%*	*23,2%*	*36,5%*	*28,7%*	*7,3%*	*0,4%*	*0,1%*
Marano Vicentino	375	2.092	2.727	2.528	530	16	7
In % sul totale dei residenti	*4,5%*	*25,3%*	*33,0%*	*30,6%*	*6,4%*	*0,2%*	*0,1%*

02/11/2005 Pagina 2 di 4

Comune	Laurea	Diploma secondaria superiore	Licenza di media inferiore	Licenza elementare	Alfabeti privi di titoli	Analfabeti	Analfabeti da 65 anni in poi
Monte di Malo	68	503	952	854	195	9	3
In % sul totale dei residenti	*2,6%*	*19,5%*	*36,9%*	*33,1%*	*7,6%*	*0,3%*	*0,1%*
Pedemonte	15	144	241	339	42	6	2
In % sul totale dei residenti	*1,9%*	*18,3%*	*30,6%*	*43,1%*	*5,3%*	*0,8%*	*0,3%*
Piovene Rocchette	292	1.987	2.435	2.063	457	21	5
In % sul totale dei residenti	*4,0%*	*27,4%*	*33,6%*	*28,4%*	*6,3%*	*0,3%*	*0,1%*
Posina	8	134	180	262	93	6	3
In % sul totale dei residenti	*1,2%*	*19,6%*	*26,4%*	*38,4%*	*13,6%*	*0,9%*	*0,4%*
Recoaro Terme	169	1.676	2.199	2.202	566	20	7
In % sul totale dei residenti	*2,5%*	*24,5%*	*32,2%*	*32,2%*	*8,3%*	*0,3%*	*0,1%*
Salcedo	18	179	356	345	63	4	2
In % sul totale dei residenti	*1,9%*	*18,5%*	*36,9%*	*35,8%*	*6,5%*	*0,4%*	*0,2%*
Santorso	223	1.210	1.623	1.549	356	13	5
In % sul totale dei residenti	*4,5%*	*24,3%*	*32,6%*	*31,1%*	*7,2%*	*0,3%*	*0,1%*
San Vito di Leguzzano	148	724	1.074	925	279	15	3
In % sul totale dei residenti	*4,7%*	*22,9%*	*33,9%*	*29,2%*	*8,8%*	*0,5%*	*0,1%*
Sarcedo	177	1.149	1.647	1.454	348	5	2
In % sul totale dei residenti	*3,7%*	*24,0%*	*34,5%*	*30,4%*	*7,3%*	*0,1%*	*0,0%*
Schio	2.705	9.466	10.931	9.900	2.277	69	15
In % sul totale dei residenti	*7,7%*	*26,8%*	*30,9%*	*28,0%*	*6,4%*	*0,2%*	*0,0%*
Thiene	1.423	5.475	6.248	5.232	1.316	40	10
In % sul totale dei residenti	*7,2%*	*27,7%*	*31,7%*	*26,5%*	*6,7%*	*0,2%*	*0,1%*
Tonezza del Cimone	13	154	162	221	46	1	1
In % sul totale dei residenti	*2,2%*	*25,8%*	*27,1%*	*37,0%*	*7,7%*	*0,2%*	*0,2%*

02/11/2005 Pagina 3 di 4

Comune	Laurea	Diploma secondaria superiore	Licenza di media inferiore	Licenza elementare	Alfabeti privi di titoli	Analfabeti	Analfabeti da 65 anni in poi
Torrebelvicino	150	1.169	1.809	1.528	444	21	2
In % sul totale dei residenti	*2,9%*	*22,8%*	*35,3%*	*29,8%*	*8,7%*	*0,4%*	*0,0%*
Trissino	222	1.583	2.629	2.285	583	11	5
In % sul totale dei residenti	*3,0%*	*21,6%*	*35,9%*	*31,2%*	*8,0%*	*0,2%*	*0,1%*
Valdagno	1.585	6.659	7.877	7.656	1.895	69	19
In % sul totale dei residenti	*6,2%*	*25,9%*	*30,6%*	*29,7%*	*7,4%*	*0,3%*	*0,1%*
Valdastico	28	278	447	535	126	5	0
In % sul totale dei residenti	*2,0%*	*19,6%*	*31,5%*	*37,7%*	*8,9%*	*0,4%*	*0,0%*
Valli del Pasubio	71	701	1.038	1.281	243	13	3
In % sul totale dei residenti	*2,1%*	*20,9%*	*31,0%*	*38,3%*	*7,3%*	*0,4%*	*0,1%*
Velo d'Astico	60	527	708	725	168	10	2
In % sul totale dei residenti	*2,7%*	*24,0%*	*32,2%*	*33,0%*	*7,6%*	*0,5%*	*0,1%*
Villaverla	173	1.171	1.817	1.462	377	17	5
In % sul totale dei residenti	*3,4%*	*23,3%*	*36,2%*	*29,1%*	*7,5%*	*0,3%*	*0,1%*
Zane'	302	1.440	2.081	1.511	377	9	1
In % sul totale dei residenti	*5,3%*	*25,2%*	*36,4%*	*26,4%*	*6,6%*	*0,2%*	*0,0%*
Zugliano	263	1.409	1.884	1.779	427	8	2
In % sul totale dei residenti	*4,6%*	*24,4%*	*32,7%*	*30,8%*	*7,4%*	*0,1%*	*0,0%*

02/11/2005 Pagina 4 di 4

VIDEATA 11

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Tasso conseguimento diploma nella popolazione residente
Fonte: Istat, Censimento 2001

	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
Provincia di Vicenza	2.802	2.910	2.700
Alto vicentino	832	862	803

Comune	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
Arsiero	22	24	21
Breganze	27	30	25
Brogliano	21	20	23
Caltrano	22	24	21
Calvene	19	21	17
Carre'	30	30	29
Castelgomberto	23	22	24
Chiuppano	23	25	22
Cogollo del Cengio	25	25	25
Cornedo Vicentino	24	24	24
Fara vicentina	19	19	19
Isola Vicentina	23	23	23
Laghi	7	8	7
Lastebasse	15	16	15
Lugo di Vicenza	28	29	26
Malo	23	23	22
Marano Vicentino	25	25	25
Monte di Malo	17	18	17
Pedemonte	15	15	14
Piovene Rocchette	25	25	25

02/11/2005 Pagina 1 di 2

Comune	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
Posina	13	15	11
Recoaro Terme	19	19	19
Salcedo	15	17	14
Santorso	24	24	23
San Vito di Leguzzano	24	24	24
Sarcedo	23	24	22
Schio	31	34	28
Thiene	32	36	29
Tonezza del Cimone	19	21	17
Torrebelvicino	21	21	20
Trissino	21	21	21
Valdagno	28	30	27
Valdastico	16	17	14
Valli del Pasubio	17	17	17
Velo d'Astico	20	20	20
Villaverla	22	21	23
Zane'	27	28	27
Zugliano	25	26	24

02/11/2005 Pagina 2 di 2

VIDEATA 12

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Tasso conseguimento diploma nella popolazione tra i 19 e i 34 anni
Fonte: Istat, Censimento 2001

	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
Provincia di Vicenza	5.278	4.707	5.883
Alto vicentino	1.631	1.446	1.833

Comune	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
Arsiero	44	41	48
Breganze	54	50	58
Brogliano	41	32	50
Caltrano	43	40	46
Calvene	36	34	40
Carre'	51	44	58
Castelgomberto	42	34	50
Chiuppano	44	37	53
Cogollo del Cengio	49	42	56
Cornedo Vicentino	45	39	51
Fara vicentina	39	33	44
Isola Vicentina	43	37	50
Laghi	21	33	13
Lastebasse	36	32	40
Lugo di Vicenza	49	45	54
Malo	41	36	47
Marano Vicentino	47	40	54
Monte di Malo	37	30	45
Pedemonte	36	29	43
Piovene Rocchette	46	41	52
Posina	38	37	38
Recoaro Terme	41	35	47
Salcedo	34	32	37

02/11/2005 Pagina 1 di 2

Comune	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
Santorso	46	40	52
San Vito di Leguzzano	45	37	51
Sarcedo	46	40	52
Schio	54	49	60
Thiene	53	49	57
Tonezza del Cimone	43	39	49
Torrebelvicino	43	37	49
Trissino	40	34	46
Valdagno	51	44	59
Valdastico	38	35	41
Valli del Pasubio	41	35	47
Velo d'Astico	38	35	42
Villaverla	43	36	49
Zane'	46	41	51
Zugliano	47	41	52

02/11/2005 Pagina 2 di 2

VIDEATA 13

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Tasso conseguimento diploma nella popolazione tra i 35 e i 44 anni
Fonte: Istat, Censimento 2001

	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
Provincia di Vicenza	3.103	3.202	3.003
Alto vicentino	941	972	915

Comune	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
Arsiero	27	25	30
Breganze	30	34	27
Brogliano	22	25	18
Caltrano	26	26	25
Calvene	24	25	22
Carre'	31	31	30
Castelgomberto	24	25	22
Chiuppano	29	31	26
Cogollo del Cengio	27	25	28
Cornedo Vicentino	24	24	25
Fara vicentina	17	18	16
Isola Vicentina	25	27	24
Laghi	24	33	18
Lastebasse	14	6	27
Lugo di Vicenza	33	33	34
Malo	25	26	24
Marano Vicentino	27	27	27
Monte di Malo	17	20	14
Pedemonte	13	16	9
Piovene Rocchette	29	27	30
Posina	11	15	5
Recoaro Terme	23	23	23
Salcedo	13	17	9

02/11/2005 Pagina 1 di 2

Comune	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
Santorso	29	29	29
San Vito di Leguzzano	30	32	29
Sarcedo	23	26	21
Schio	40	41	39
Thiene	40	41	38
Tonezza del Cimone	18	15	22
Torrebelvicino	24	25	22
Trissino	21	22	20
Valdagno	37	35	39
Valdastico	22	21	22
Valli del Pasubio	16	16	16
Velo d'Astico	25	23	27
Villaverla	21	21	21
Zane'	30	33	28
Zugliano	30	32	27

02/11/2005 Pagina 2 di 2

VIDEATA 14

OSSERVATORIO DELL'ALTO VICENTINO - FONDAZIONE PALAZZO FESTARI

Tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo
Fonte: Istat, Censimento 2001

	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
Provincia di Vicenza	1.141	1.045	1.245
Alto vicentino	347	324	373
Comune	**Tasso conseguimento su Pop. residente**	**Tasso conseguimento in pop. maschile**	**Tasso conseguimento in pop. femminile**
Arsiero	10	10	10
Breganze	8	7	9
Brogliano	8	7	9
Caltrano	9	7	10
Calvene	9	7	11
Carre'	8	8	7
Castelgomberto	10	9	11
Chiuppano	7	7	7
Cogollo del Cengio	7	6	8
Cornedo Vicentino	8	8	8
Fara vicentina	12	11	13
Isola Vicentina	10	10	10
Laghi	17	19	16
Lastebasse	11	9	14
Lugo di Vicenza	11	10	12
Malo	9	9	10
Marano Vicentino	7	6	8
Monte di Malo	10	9	10
Pedemonte	11	11	11
Piovene Rocchette	6	7	6
Posina	17	17	17
Recoaro Terme	7	6	9
Salcedo	14	13	16
Santorso	7	7	7

02/11/2005 Pagina 1 di 2

Comune	Tasso conseguimento su Pop. residente	Tasso conseguimento in pop. maschile	Tasso conseguimento in pop. femminile
San Vito di Leguzzano	8	7	9
Sarcedo	9	9	9
Schio	5	5	6
Thiene	7	6	8
Tonezza del Cimone	6	5	6
Torrebelvicino	7	7	8
Trissino	11	10	13
Valdagno	7	7	7
Valdastico	11	10	11
Valli del Pasubio	11	10	11
Velo d'Astico	9	9	10
Villaverla	8	7	10
Zane'	6	6	7
Zugliano	9	8	10

02/11/2005 Pagina 2 di 2

2. L'evoluzione del quadro socio-demografico locale e le previsioni per il prossimo futuro

2.1 Un'analisi demografica dell'Alto Vicentino

Le variazioni in serie storica

Nel corso degli ultimi trent'anni nei paesi economicamente più avanzati si è assistito ad una modifica della struttura della popolazione che ha visto aumentare progressivamente il numero delle persone anziane sul totale della popolazione residente. Tale situazione rimanda alla contrazione della natalità e alla riduzione della mortalità, cui si accompagna un graduale allungamento della vita media.

Nell'arco degli ultimi vent'anni anche nel territorio dell'Alto Vicentino il fenomeno di invecchiamento della popolazione è stato piuttosto accentuato.

Osservando la Tabella 1 possiamo riscontrare come sia aumentato il numero degli anziani residenti dal 1982 ad oggi[1]e come sia nel contempo fortemente diminuito il numero dei giovani.

Tabella 1
Popolazione residente nell'Alto Vicentino per classe d'età
(valori assoluti)

	1982	1991	2003
Tot. popolazione residente	222.209	224.873	241.793
0-14 anni	46.706	33.685	35.855
> 64 anni	27.665	32.863	42.421
Di cui			
65-74 anni	18.320	18.378	23.033
75 anni e +	9.345	14.485	19.388

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Se si pone a 100 il numero dei residenti nel 1982, è possibile notare come la popolazione totale sia rimasta sostanzialmente invariata, ma è decisamente cambiata la struttura della popolazione per classi d'età (Tabella 2):

I bambini ed i ragazzi di età inferiore a 15 anni sono sensibilmente diminuiti (l'indice per il 2003 è pari a 77) e a fronte di questa diminuzione si è verificato un aumento notevole degli anziani. Posto uguale a 100 il numero di quanti nel 1982 avevano almeno 65 anni osserviamo che nel 1991 il valore indice è salito a 119 e che nel 2003 ha raggiunto quota 153. Ad essere cresciuto in modo ancora più marcato è il numero degli ultrasettanta-quattrenni che, nell'arco di vent'anni, sono più che raddoppiati.

[1] L'anno indicato fa riferimento alla popolazione residente al 1 gennaio; i dati su cui sono state effettuate le elaborazioni sono tratti dal sito www.demo.istat.it.

Tabella 2
Popolazione residente nell'Alto Vicentino per classe d'età (variazioni in serie storica)

	1982	1991	2003
Tot. popolazione residente	100	101	109
0-14 anni	100	72	77
> 64 anni	100	119	153
Di cui			
65-74 anni	100	100	126
75 anni e +	100	155	207

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

I comuni in cui vi è stato il maggiore aumento della popolazione totale sono Brogliano, Carrè, Castelgomberto, Villaverla e Zanè (Tabella 3). Solo in due di questi (Brogliano e Carrè) si rileva un (lieve) incremento della popolazione di età inferiore a 15 anni. Ad essere aumentata è soprattutto la popolazione di età superiore a 75 anni che rispetto al 1982 è più che raddoppiata.
I comuni in cui rispetto al 1982 si è assistito nel 2003 alla contrazione della popolazione totale sono 8 su 38. Se in alcuni di questi si rileva negli anni considerati una progressiva diminuzione dei residenti (Recoaro Terme, Valdastico e Valdagno) in altri vi è, rispetto alla data intermedia del 1991, una tendenza all'aumento (Arsiero, Laghi, Lastebasse, Posina). Nel Comune di Valli del Pasubio la popolazione totale non ha subito variazioni tra il 1991 e il 2003, essendo in entrambi gli anni pari a 94 rispetto all'anno di partenza (il 1982) posto a 100.

Indipendentemente dal fatto che la popolazione residente sia aumentata o diminuita, in tutti i comuni dell'Alto Vicentino il numero degli anziani rispetto al 1982 e al 1991 è cresciuto.[2] Ad aver subito l'aumento più consistente sono soprattutto i "grandi anziani" (di età maggiore a 74 anni). Nel Comune di Lastebasse, nonostante la popolazione totale non abbia subito variazioni nel corso del ventennio considerato, si rileva la più cospicua crescita dei "grandi anziani" che appaiono addirittura quadruplicati.

La popolazione di età inferiore a 15 anni si è invece ridotta in 33 comuni su 38. Ad Arsiero, Valdagno e Velo d'Astico si rileva la più significativa contrazione della popolazione in questa fascia d'età (l'indice per il 2003 è, in questi casi, inferiore a 70).
I comuni in cui la quota di bambini e i ragazzi sotto i 15 anni non è diminuita o è leggermente aumentata rispetto al 1982 sono Brogliano, Carrè, Laghi, Tonezza del Cimone e Torrebelvicino.

[2] L'unica eccezione è costituita dal Comune di Posina dove si rileva una lieve diminuzione della popolazione anziana (dai 64 anni in su), ma vi è un aumento degli individui di età superiore a 74 anni.

Tabella 3 - parte 1
Popolazione residente nei comuni dell'Alto Vicentino per classe d'età
(variazioni in serie storica)

Arsiero				Breganze		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	94	97	Totale	100	104	113
100	62	62	0 - 14	100	77	79
100	107	124	65 e più	100	122	156
100	154	176	75 e più	100	161	216

Brogliano				Caltrano		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	106	142	Totale	100	104	121
100	85	113	0 - 14	100	77	78
100	124	178	65 e più	100	114	150
100	177	231	75 e più	100	189	269

Calvene				Carrè		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	93	105	Totale	100	112	139
100	60	73	0 - 14	100	86	103
100	102	133	65 e più	100	119	164
100	135	156	75 e più	100	189	243

Castelgomberto				Chiuppano		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	104	127	Totale	100	96	108
100	75	98	0 - 14	100	67	76
100	117	156	65 e più	100	111	163
100	158	215	75 e più	100	141	196

Cogollo del Cengio				Cornedo Vicentino		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	100	112	Totale	100	105	119
100	81	90	0 - 14	100	74	82
100	108	119	65 e più	100	126	171
100	158	184	75 e più	100	168	245

Fara Vicentino				Isola Vicentina		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	105	111	Totale	100	107	124
100	82	73	0 - 14	100	79	88
100	115	132	65 e più	100	127	173
100	150	174	75 e più	100	159	205

Laghi				Lastebasse		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	72	91	Totale	100	80	99
100	67	100	0 - 14	100	44	82
100	114	166	65 e più	100	122	196
100	100	200	75 e più	100	164	400

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Tabella 3 - parte 2
Popolazione residente nei comuni dell'Alto Vicentino per classe d'età
(variazioni in serie storica)

Lugo di Vicenza				Malo		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	100	105	Totale	100	105	118
100	74	79	0-14	100	76	81
100	113	147	65 e più	100	113	152
100	166	191	75 e più	100	151	186
Marano Vicentino				**Monte di Malo**		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	103	118	Totale	100	95	103
100	75	85	0 - 14	100	76	76
100	122	177	65 e più	100	111	139
100	158	237	75 e più	100	152	232
Pedemonte				**Piovene Rocchette**		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	97	113	Totale	100	99	102
100	67	77	0 - 14	100	67	66
100	109	157	65 e più	100	121	155
100	180	211	75 e più	100	149	196
Posina				**Recoaro Terme**		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	85	95	Totale	100	95	92
100	64	85	0 - 14	100	71	66
100	96	93	65 e più	100	121	155
100	110	133	75 e più	100	135	201
Salcedo				**Santorso**		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	94	108	Totale	100	100	108
100	74	76	0 - 14	100	70	77
100	101	132	65 e più	100	117	153
100	139	178	75 e più	100	179	219
San Vito di Leguzzano				**Sarcedo**		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	105	123	Totale	100	101	112
100	73	95	0 - 14	100	73	76
100	128	169	65 e più	100	129	179
100	218	299	75 e più	100	172	233
Schio				**Thiene**		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	101	104	Totale	100	104	109
100	69	74	0 - 14	100	73	76
100	124	153	65 e più	100	122	166
100	156	216	75 e più	100	146	194

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Tabella 3 - parte 3
Popolazione residente nei comuni dell'Alto Vicentino per classe d'età
(variazioni in serie storica)

Tonezza del Cimone				Torrebelvicino		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	90	101	Totale	100	99	113
100	114	103	0 - 14	100	76	100
100	118	130	65 e più	100	120	138
100	159	268	75 e più	100	157	202
Trissino				**Valdagno**		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	111	119	Totale	100	96	94
100	79	72	0 - 14	100	65	65
100	117	174	65 e più	100	118	142
100	146	204	75 e più	100	160	207
Valdastico				**Valli del Pasubio**		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	89	88	Totale	100	94	94
100	78	71	0 - 14	100	67	70
100	106	113	65 e più	100	102	130
100	136	178	75 e più	100	119	157
Velo d'Astico				**Villaverla**		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	94	100	Totale	100	107	125
100	62	68	0 - 14	100	77	82
100	113	129	65 e più	100	116	161
100	137	163	75 e più	100	147	216
Zanè				**Zugliano**		
1982	**1991**	**2003**	Anno	**1982**	**1991**	**2003**
100	107	125	Totale	100	103	116
100	71	73	0 - 14	100	69	78
100	118	198	65 e più	100	120	183
100	194	294	75 e più	100	147	215

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Il bilancio demografico

Dal bilancio demografico dell'Alto Vicentino è possibile osservare che l'incremento della popolazione residente a cui è si assistito nel 2003 (aumento complessivo di 3.513 individui) è da attribuirsi in minima parte ai nuovi nati (il saldo naturale ammonta a 272 persone) ed è dovuto prevalentemente ai nuovi iscritti (3.241). Il tasso di crescita è pari al 1,4% e non si discosta in maniera significativa da quello provinciale e regionale (rispettivamente pari a 1,5 e 1,4%)[3] (Tabella 4).

Tabella 4
Il bilancio demografico della Provincia di Vicenza e dell'Alto Vicentino - 2003

	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migrat.	Saldo totale	Tasso di crescita
Provincia di Vicenza	8.271	7.031	1.240	35.806	25.106	10.700	11.940	**1,5%**
Alto Vicentino	2.523	2.251	272	10.321	7.080	3.241	3.513	**1,4%**

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Il bilancio demografico dei comuni dell'Alto Vicentino relativo all'anno 2003 permette di osservare che nella grande maggioranza di essi vi è stato un aumento del numero dei residenti: l'Alto Vicentino è dunque un'area in espansione demografica nonostante non comprenda grandi aree metropolitane. Su 38 comuni, infatti, solo 5 riportano una riduzione della popolazione (Velo d'Astico, Valdastico, Tonezza del Cimone, Valli del Pasubio, Posina) (Tabella 5).

A Brogliano, Villaverla, Malo e San Vito di Leguzzano si rileva un tasso di crescita più che doppio rispetto a quello medio. In questi casi l'aumento dei residenti è dovuto in maniera trascurabile alle nuove nascite: il saldo migratorio, infatti, è nettamente superiore a quello naturale.

Il numero dei nati appare uguale o leggermente maggiore al numero dei morti in 16 comuni mentre in altri 11 (Breganze, Thiene, Arsiero, Schio, Caltrano, Valdagno, Calvene, Pedemonte, Tonezza del Cimone, Valli del Pasubio e Posina) il saldo naturale è negativo.

La popolazione immigrata è superiore a quella emigrata nella stragrande maggioranza dei comuni dell'Alto Vicentino. Solamente a Zanè, Recoaro Terme, Velo d'Astico, Valdastico, Valli del Pasubio e Posina il saldo migratorio è negativo.

[3] Il dato regionale è tratto dal sito www.demo.istat.it, "Indicatori demografici".

Tabella 5
Il bilancio demografico dei comuni dell'Alto Vicentino – 2003
(in ordine decrescente rispetto al tasso di crescita della popolazione residente)

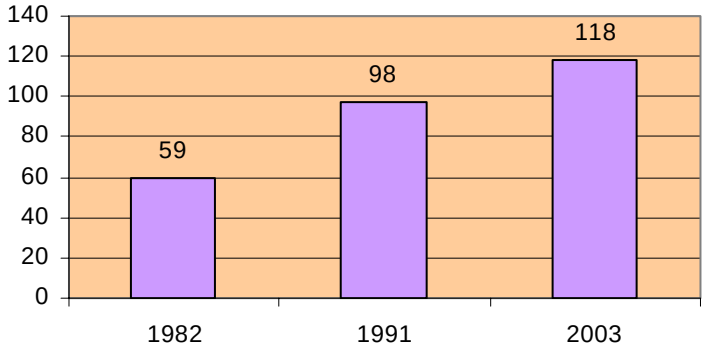
Comune	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancel-lati	Saldo migrat.	Saldo totale	Tasso di crescita
Brogliano	45	24	21	194	104	90	111	3,5%
Villaverla	57	25	32	316	169	147	179	3,1%
Malo	147	88	59	627	293	334	393	3,0%
San Vito di Leguzzano	47	20	27	215	143	72	99	2,8%
Isola Vicentina	91	82	9	378	167	211	220	2,6%
Santorso	59	48	11	269	135	134	145	2,6%
Torrebelvicino	67	30	37	305	199	106	143	2,5%
Castelgomberto	71	45	26	259	148	111	137	2,4%
Monte di Malo	28	20	8	119	62	57	65	2,3%
Breganze	70	81	-11	364	175	189	178	2,2%
Salcedo	15	9	6	43	27	16	22	2,1%
Cornedo Vicentino	121	92	29	543	354	189	218	2,0%
Lastebasse	1	1	0	7	2	5	5	2,0%
Laghi	1	3	-2	4	0	4	2	1,5%
Thiene	202	240	-38	1.171	821	350	312	1,5%
Trissino	67	63	4	310	195	115	119	1,5%
Alto Vicentino	**2.523**	**2.251**	**272**	**10.321**	**7.080**	**3.241**	**3.513**	**1,4%**
Arsiero	34	54	-20	163	98	65	45	1,3%
Piovene Rocchette	91	64	27	400	325	75	102	1,3%
Schio	395	413	-18	1.424	917	507	489	1,3%
Marano Vicentino	103	72	31	369	294	75	106	1,2%
Zugliano	68	48	20	228	171	57	77	1,2%
Chiuppano	38	15	23	93	86	7	30	1,1%
Sarcedo	52	36	16	194	155	39	55	1,1%
Caltrano	23	30	-7	119	91	28	21	0,8%
Fara Vicentino	48	22	26	108	105	3	29	0,7%
Valdagno	238	299	-61	932	686	246	185	0,7%
Carre'	34	18	16	134	128	6	22	0,6%
Cogollo del Cengio	34	31	3	137	119	18	21	0,6%
Lugo Di Vicenza	35	31	4	146	126	20	24	0,6%
Calvene	6	13	-7	46	32	14	7	0,5%
Pedemonte	8	14	-6	33	24	9	3	0,4%
Zane'	70	28	42	224	243	-19	23	0,4%
Recoaro Terme	77	67	10	150	156	-6	4	0,1%
Velo d'Astico	27	27	0	111	114	-3	-3	-0,1%
Valdastico	19	18	1	40	48	-8	-7	-0,5%
Tonezza del Cimone	1	9	-8	29	28	1	-7	-1,1%
Valli del Pasubio	28	56	-28	79	93	-14	-42	-1,2%
Posina	5	15	-10	38	47	-9	-19	-2,7%

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Gli indici demografici

L'indice di vecchiaia, ossia l'indice sintetico che esprime il numero di anziani residenti ogni 100 giovani di età inferiore a 15 anni, mostra chiaramente il marcato invecchiamento della popolazione nel territorio dell'Alto Vicentino. Se nel 1982 questo valore era pari a 59, nel 2003 appare raddoppiato: per 100 bambini e ragazzi sono stati rilevati, infatti, 118 anziani.

Grafico 1
Indice di vecchiaia nell'Alto Vicentino
(variazione in serie storica)



Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Nel 2003 gli anziani residenti nei comuni dell'Alto Vicentino erano complessivamente 42.421, di cui 23.033 dai 65 ai 74 anni e 19.388 oltre i 74 anni. La quota % di soggetti anziani sul totale della popolazione residente era pertanto pari al 17,5% (mentre i soggetti aventi non più di 15 anni corrispondevano al 14,8% dei residenti); la quota di grandi anziani (di età superiore a 74 anni) ammontava al 8,0% (Tabella 6).

Tabella 6
Anziani per genere nel territorio dell'Alto Vicentino – 2003
(valore assoluto e percentuale sul totale della popolazione)

	più di 64 anni	tra 65 e 74	più di 74	% più di 64 anni	% tra 65 e 74 anni	% più di 74 anni
Maschi	16.778	10.465	6.322	6,9	4,3	2,6
Femmine	25.643	12.577	13.066	10,6	5,2	5,4
M + F	42.421	23.033	19.388	17,5	9,5	8,0

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Analizzando la composizione per genere di queste classi di età possiamo riscontrare come 6 anziani su 10 sono donne. La componente femminile cresce all'aumentare dell'età: se nella fascia d'età da 65 a 74 anni si ha una situazione di "quasi parità", nel gruppo dei grandi anziani quasi 7 individui su 10 sono donne (Tabella 7).

Tabella 7
Anziani per genere nel territorio dell'Alto Vicentino – 2003
(valore percentuale sul totale della classe di età)

	tra 65 e 74 anni	più di 74 anni
Maschi	45,4	32,6
Femmine	54,6	67,4
M + F	100,0	100,0

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Confrontando gli indici demografici dell'Alto Vicentino e della Provincia di Vicenza (Tabella 8) possiamo notare una sostanziale similitudine. La popolazione dell'Alto Vicentino appare leggermente più anziana rispetto a quella provinciale, ma decisamente più giovane in confronto a quella regionale.

Tabella 8
Indici demografici – 2003

	Alto Vicentino	Provincia di Vicenza	Regione Veneto
Indice di vecchiaia	118	113	136
Indice di dip. giovanile	22	22	20
Indice di dip. senile	26	25	27
Indice di dipendenza totale	48	47	47

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Gli indici di dipendenza giovanile e senile che rapportano il numero di persone che non sono economicamente autonome per ragioni demografiche (i giovanissimi fino a 14 anni e gli anziani oltre i 65 anni) al numero di persone che si presume debbano sostenerli con la loro attività (popolazione tra i 15 e i 64 anni)[4] mostrano come nell'Alto Vicentino vi sia, rispetto

[4] L'indice di dipendenza giovanile è calcolato dividendo il numero degli individui di età inferiore a 15 anni per coloro che hanno un'età compresa fra 15 e 64 anni, moltiplicando il risultato per 100. L'indice di dipendenza senile esprime il rapporto tra individui di età maggiore di 64 anni e di età compresa fra 15 e 64 anni, per 100. L'indice di dipendenza totale è dato dalla somma dell'indice di dipendenza giovanile e senile (si può calcolare

alla Regione Veneto, un numero maggiore di giovani minori di 15 anni ogni 100 persone in età attiva (cioè 22 contro 20) e come vi sia, al contrario, un numero minore di anziani (26 rispetto a 27, ogni 100 individui presunti "attivi").

I valori degli indici demografici presentano notevoli differenze fra i comuni dell'Alto Vicentino, così come rappresentato dalla Tabella 9.
L'indice di vecchiaia assume un *range* di valori che va da un minimo di 78 (Villaverla) ad un massimo di 400 (Laghi). Classificando i comuni in base al valore di questo indice notiamo come essi si suddividano in modo equo in tre categorie, così identificate:

- fino a 100: comuni più "giovani"
- da 100 a 139: comuni "intermedi"
- da 140 in su: comuni più "vecchi"

Fra i comuni più "vecchi" spicca Laghi, dove ogni 100 bambini e ragazzi di età inferiore a 15 anni, vi sono ben 400 anziani. Qui, l'indice di dipendenza totale che esprime il carico di persone dipendenti sulla collettività presunta attiva si presenta particolarmente alto (è pari a 87). Osservando l'indice di dipendenza nelle sue componenti (giovanile e senile) notiamo come proprio nel Comune di Laghi si riscontra l'indice minore di dipendenza giovanile (intorno a 17,4) e un valore molto alto di dipendenza senile (69,6), inferiore solo a quello del Comune di Lastebasse (73,2).

I comuni "intermedi" presentano un indice di vecchiaia che non si discosta significativamente da quello medio (pari a 118) e che non è dissimile dal valore provinciale.

Fra i comuni più "giovani" spicca Villaverla, che presenta l'indice di vecchiaia più basso in assoluto (78); qui l''indice di dipendenza totale è particolarmente contenuto, così come nei comuni di Zané e Carrè dove è inferiore di circa 6 punti rispetto al valore medio (48). I comuni che presentano un indice di dipendenza senile particolarmente basso sono Zanè, Villaverla, Carrè, Castelgomberto, Brogliano, Malo e Sarcedo.

Il Grafico 2 ci permette di osservare facilmente quanto l'indice di vecchiaia sia variabile nei comuni dell'Alto Vicentino.

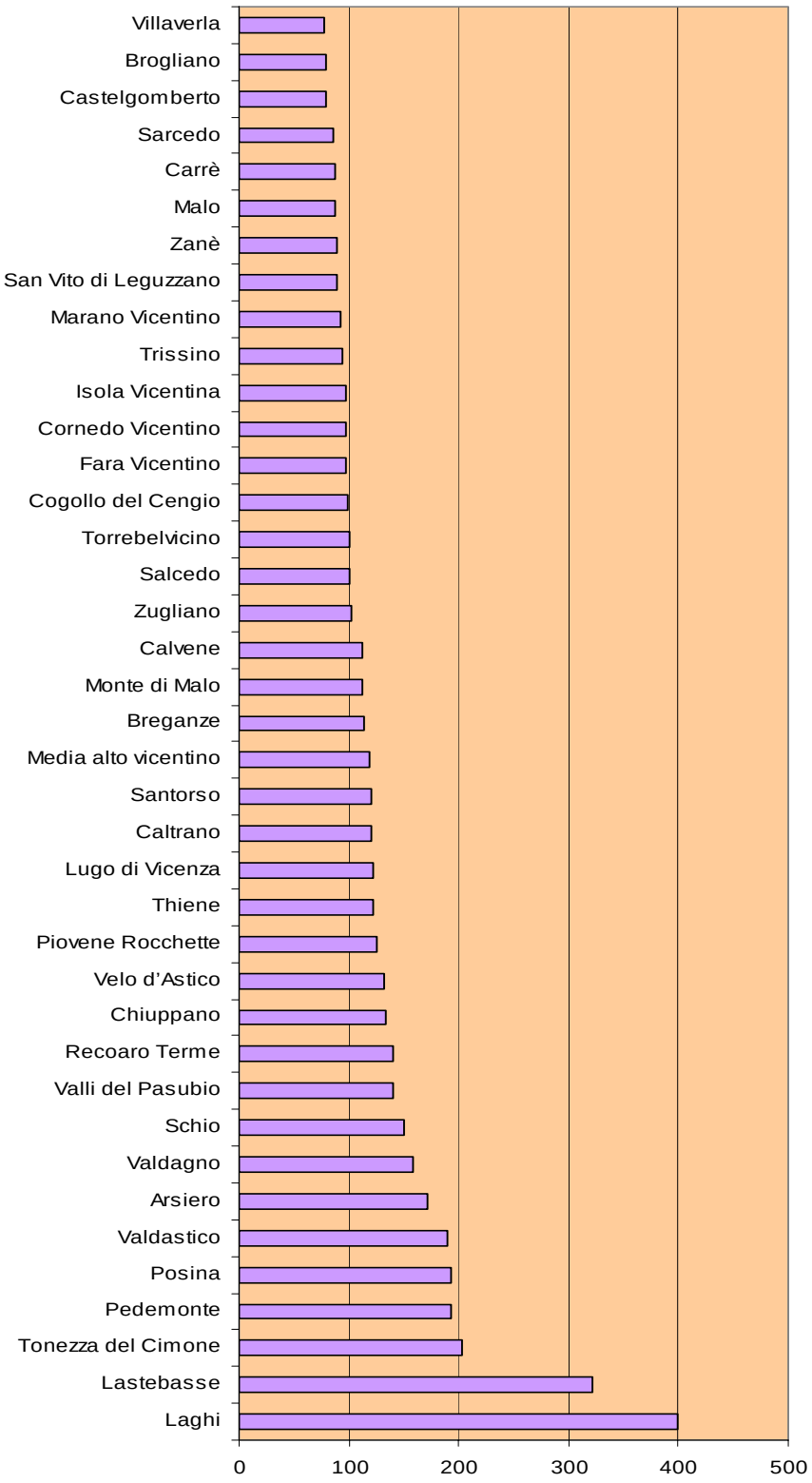
sommando la popolazione minore di 15 anni e maggiore di 64, dividendo poi questo numero per la popolazione tra 15 e 64 anni e moltiplicando il risultato per 100).

Tabella 9
Indici demografici dei comuni dell'Alto Vicentino – 2003

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza totale	Indice di dipendenza giovanile	Indice di dipendenza senile
Comuni "vecchi"				
Laghi	400	87,0	17,4	69,6
Lastebasse	321	95,9	22,8	73,2
Tonezza del Cimone	204	65,8	21,7	44,1
Pedemonte	193	59,9	20,4	39,5
Posina	193	66,1	22,6	43,5
Valdastico	189	58,6	20,3	38,4
Arsiero	171	50,7	18,7	32,0
Valdagno	159	51,6	19,9	31,6
Schio	150	51,9	20,7	31,1
Valli del Pasubio	141	55,3	23,0	32,4
Recoaro Terme	141	50,0	20,8	29,2
Comuni "intermedi"				
Chiuppano	133	47,9	20,5	27,4
Velo d'Astico	132	49,7	21,4	28,3
Piovene Rocchette	125	47,1	20,9	26,2
Thiene	123	48,2	21,6	26,5
Lugo di Vicenza	122	49,9	22,5	27,5
Caltrano	120	45,2	20,5	24,7
Santorso	120	46,7	21,2	25,4
Media Alto Vicentino	**118**	**47,9**	**21,9**	**26,0**
Breganze	114	49,1	23,0	26,1
Monte di Malo	112	48,2	22,8	25,4
Calvene	111	45,9	21,7	24,2
Zugliano	102	45,5	22,5	23,0
Salcedo	101	48,2	24,0	24,2
Torrebelvicino	101	48,6	24,2	24,4
Comuni "giovani"				
Cogollo del Cengio	99	46,2	23,1	23,0
Fara Vicentino	98	43,4	21,9	21,5
Cornedo Vicentino	98	44,4	22,5	21,9
Isola Vicentina	97	47,4	24,1	23,3
Trissino	93	43,1	22,3	20,8
Marano Vicentino	92	45,5	23,8	21,8
San Vito di Leguzzano	89	46,9	24,8	22,1
Zanè	88	38,9	20,7	18,2
Malo	88	43,5	23,1	20,4
Carrè	87	42,0	22,5	19,5
Sarcedo	86	44,1	23,7	20,4
Castelgomberto	80	44,5	24,7	19,8
Brogliano	80	44,6	24,8	19,8
Villaverla	78	42,3	23,8	18,5

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Grafico 2
Indice di vecchiaia dei comuni dell'Alto Vicentino – 2003

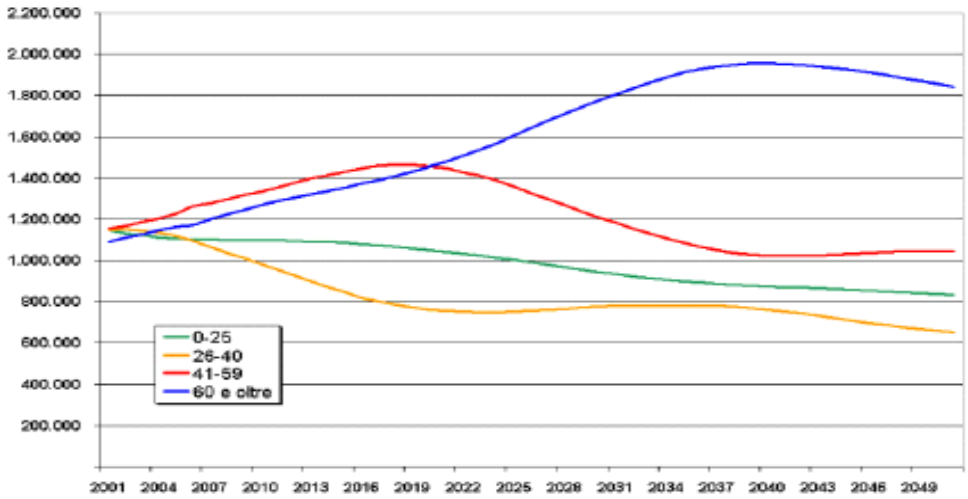


Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

2.2 Le previsioni demografiche

Le valutazioni dell'evoluzione demografica nei prossimi anni non sono purtroppo disponibili a livello provinciale, ma solo regionale. Esse si basano sulle previsioni realizzate dall'Istat, che tengono conto dell'evoluzione della mortalità, dell'evoluzione della fecondità e dei movimenti migratori. In questo modello la stima della popolazione è calcolata fino al 2030 sulla base del recente andamento di questi fenomeni, mentre dal 2030 al 2050 si tratta di previsioni basate su parametri mantenuti costanti (quindi pari ai livelli ipotizzati per l'anno 2030).
Le previsioni demografiche realizzate dall'ULSS 4 e dall'Ufficio Statistica della Regione Veneto evidenziano la tendenza ad un progressivo e marcato invecchiamento della popolazione (Grafico 3).

Grafico 3
Previsione dell'andamento della popolazione per la Regione Veneto

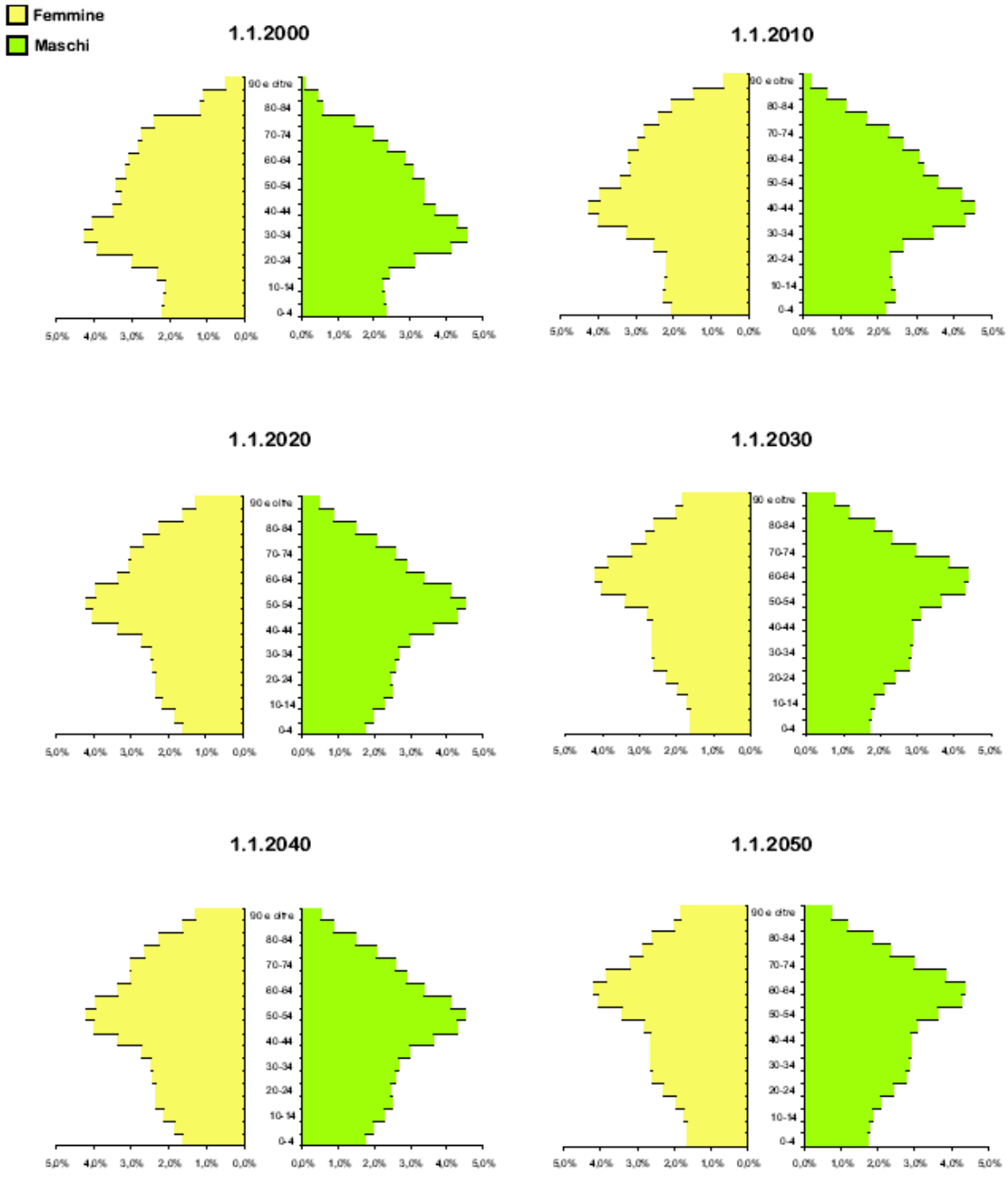


Fonte: Piano di Comunità Ulss 4 – elaborazione su dati Istat

La stima dell'indice di vecchiaia per l'anno 2010 ci informa che per 100 giovani di età inferiore a 15 anni vi saranno in Veneto 154 persone anziane contro le 136 del 2003. Questo dato è superiore a quello previsto per l'Italia (146).

Osservando i grafici relativi alla stima della distribuzione percentuale della popolazione residente in Veneto per sesso e classi quinquennali di età appare chiaro il proseguimento dell'attuale trend di invecchiamento della popolazione (Grafico 4).

Grafico 4
Stima della distribuzione percentuale della popolazione residente nel Veneto per sesso e classi d'età quinquennali 1.1.2000 – 1.1.2050



Fonte: Regione Veneto – Unità di Progetto Statistica

2.3 Le caratteristiche delle famiglie residenti

Lo stato civile

La popolazione residente nell'Alto Vicentino è nella metà dei casi coniugata mentre circa il 40% è celibe/nubile. La quota di vedovi e vedove sul totale della popolazione è pari all'8% (Tabella 11). Questi dati non mostrano differenze significative rispetto ai valori provinciali.

Tabella 10
Lo stato civile delle popolazione residente in Provincia di Vicenza e nell'Alto Vicentino - 2001

	Celibi/nubili	Coniugati/e	Separati/e	Divorziati/e	Vedovi/e	Totale residenti
Provincia di Vicenza	315.799 *39,8%*	398.747 *50,2%*	11.042 *1,4%*	9.574 *1,2%*	59.155 *7,4%*	794.317 *100%*
Alto Vicentino	92.674 *38,8%*	121.244 *50,7%*	3.261 *1,4%*	2.731 *1,1%*	19.044 *8,0%*	238.954 *100%*

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat – Censimento 2001

La quota di vedovi e vedove sul totale della popolazione residente mostra, invece, una notevole variabilità fra i 38 comuni dell'Alto Vicentino (Tabella 12). Questo dato è legato alla maggiore o minore quota di popolazione anziana residente.
Nei Comuni di Laghi e Lastebasse, in cui la percentuale di persone ultrasessantaquattrenni è pari al 36% della popolazione totale (rispetto ad un valore medio di 15,5%)[5] si rileva una percentuale di vedovi e vedove doppia rispetto a quella media dei comuni dell'Alto Vicentino (rispettivamente pari al 19,5% e al 16,9%).
Viceversa a Brogliano, Carrè, Castelgomberto, Isola Vicentina, Trissino e Zanè dove la percentuale di vedovi e vedove non supera il 6,5%, la quota di anziani sul totale della popolazione è inferiore al 15%.

[5] Per questo dato vedasi il database dell'Osservatorio Socio-sanitario dell'Alto Vicentino, sezione "Il quadro socio-demografico del territorio", tavola "Popolazione residente nell'Alto Vicentino per classi d'età – anno 2001"

Tabella 11

Lo stato civile delle popolazione residente nei comuni dell'Alto Vicentino – 2001 (valori percentuali)

Comune	Celibi/nubili	Coniugati/e	Separati/e	Divorziati/e	Vedovi/e	Totale residenti
Arsiero	38,0	48,3	1,0	1,5	11,3	100
Breganze	40,8	49,6	0,8	0,6	8,1	100
Brogliano	39,0	52,6	1,4	0,9	6,2	100
Caltrano	39,8	49,4	1,2	1,3	8,4	100
Calvene	40,5	48,1	1,5	0,8	9,1	100
Carrè	39,8	51,3	1,2	1,2	6,5	100
Castelgomberto	39,3	51,9	1,2	1,2	6,4	100
Chiuppano	37,7	52,4	1,7	1,1	7,2	100
Cogollo del Cengio	38,3	51,1	1,5	0,7	8,4	100
Cornedo Vicentino	38,5	52,1	1,1	1,0	7,3	100
Fara Vicentino	40,4	51,0	0,6	0,7	7,2	100
Isola Vicentina	41,5	49,6	1,5	1,0	6,4	100
Laghi	35,9	44,5	0,0	0,0	19,5	100
Lastebasse	35,4	46,5	0,8	0,4	16,9	100
Lugo di Vicenza	38,4	51,5	1,5	0,7	7,9	100
Malo	39,5	51,4	1,2	1,1	6,8	100
Marano Vicentino	39,0	52,0	1,1	1,0	6,9	100
Monte di Malo	40,9	50,2	0,7	1,0	7,2	100
Pedemonte	38,7	47,7	0,4	0,5	12,8	100
Piovene Rocchette	36,5	52,6	1,7	1,4	7,9	100
Posina	38,0	46,5	1,0	1,4	13,2	100
Recoaro Terme	37,4	51,3	1,3	0,8	9,3	100
Salcedo	43,7	47,1	1,1	0,7	7,4	100
San Vito di Leguzzano	39,1	51,5	1,5	1,1	6,8	100
Santorso	37,9	52,1	1,1	1,0	7,8	100
Sarcedo	40,4	50,9	1,0	0,7	6,9	100
Schio	37,1	50,8	1,7	1,6	8,8	100
Thiene	40,1	49,0	1,7	1,4	7,9	100
Tonezza del Cimone	37,0	48,8	1,1	1,3	11,8	100
Torrebelvicino	37,9	50,9	1,3	1,0	8,8	100
Trissino	40,0	51,8	1,3	1,0	5,9	100
Valdagno	37,3	50,4	1,5	1,3	9,4	100
Valdastico	40,2	44,4	0,9	0,8	13,7	100
Valli del Pasubio	39,9	48,7	1,1	0,8	9,4	100
Velo d'Astico	38,2	49,7	1,8	1,1	9,2	100
Villaverla	41,9	50,8	0,9	0,7	5,8	100
Zane'	40,2	51,1	1,3	0,9	6,4	100
Zugliano	39,1	52,5	1,2	0,7	6,6	100

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat – Censimento 2001

I nuclei familiari

I nuclei familiari dell'Alto Vicentino sono per lo più costituiti da coppie coniugate con figli. Le coppie senza figli rappresentano il 30% delle famiglie mentre le madri con figli sono quasi il 10%. Questo dato si presenta molto simile a quello provinciale (Tabella 13).

Tabella 12
Nuclei familiari per tipo - 2001
(valori assoluti e percentuali)

	Coppie senza figli	Coppie con figli	Padri con figli	Madri con figli	Totale	% coppie non coniug.	N. medio di comp. per famiglia	% nuclei fam. ricostituiti
Provincia di Vicenza	65.881 *29,0%*	134.773 *59,3%*	4.283 *1,9%*	22.072 *9,7%*	227.009 *100%*	3,9	2,6	4,9
Alto Vicentino	20.620 *29,9%*	40.624 *58,9%*	1.271 *1,8%*	6.454 *9,4%*	68.969 *100%*			

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat – Censimento 2001

Il dato a livello comunale è moderatamente variabile e solo in pochi comuni si rilevano valori sensibilmente differenti da quelli medi.
Laghi e Lastebasse si caratterizzano per una quota piuttosto elevata di coppie senza figli[6] e una inferiore alla media di coppie con figli, mentre è decisamente alta la percentuale di madri sole con figli. Quest'ultimo dato potrebbe essere dovuto al fatto che la popolazione di questi Comuni, come abbiamo visto in precedenza, è piuttosto "anziana" e, stante la maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini, può esservi un numero elevato di vedove che vivono con i propri figli.[7]
Salcedo, si caratterizza per avere la quota più bassa di coppie senza figli (circa il 18%) e quella più alta di coppie con figli (67%).

[6] Va precisato che la popolazione di questi due Comuni è molto limitata, pertanto il dato potrebbe essere meno rappresentativo rispetto alle altre realtà territoriali dell'Alto Vicentino.
[7] Per la quota di vedovi/e sul totale della popolazione vedi la Tabella 12.

Tabella 13
Nuclei familiari per tipo - 2001
(valori percentuali)

	Coppie senza figli	Coppie con figli	Padri con figli	Madri con figli	Totale	% di coppie non coniuga.	N. medio di comp. per famiglia	% di nuclei familiari ricostituiti
Arsiero	32,4	54,9	2,0	10,7	**100**	5,3	2,4	4,1
Breganze	25,5	63,9	1,7	9,0	**100**	2,4	2,8	2,6
Brogliano	29,4	60,5	1,6	8,5	**100**	4,1	2,7	3,7
Caltrano	26,0	63,1	2,4	8,6	**100**	2,6	2,6	5,1
Calvene	24,7	60,7	2,2	12,5	**100**	5,4	2,5	3,5
Carrè	29,1	61,3	1,7	7,9	**100**	4,2	2,7	4,7
Castelgomberto	28,5	60,6	1,7	9,2	**100**	3,8	2,7	4,7
Chiuppano	29,9	59,9	2,1	8,2	**100**	4,6	2,6	5,7
Cogollo del Cengio	28,8	60,4	1,6	9,2	**100**	4,2	2,7	4,6
Cornedo Vicentino	29,5	60,7	1,8	8,0	**100**	3,6	2,7	4,5
Fara Vicentino	28,1	61,2	2,3	8,3	**100**	3,0	2,8	3,0
Isola Vicentina	26,3	63,0	1,9	8,8	**100**	4,2	2,8	4,4
Laghi	38,2	35,3	2,9	23,5	**100**	0,0	2,0	4,0
Lastebasse	35,8	40,3	3,0	20,9	**100**	2,0	2,0	2,0
Lugo di Vicenza	28,9	60,4	1,6	9,1	**100**	3,4	2,6	3,7
Malo	28,0	61,8	1,9	8,3	**100**	3,9	2,7	4,3
Marano Vicentino	28,4	61,4	1,6	8,7	**100**	3,4	2,7	3,2
Monte di Malo	27,9	61,2	1,8	9,1	**100**	3,2	2,7	3,7
Pedemonte	26,6	61,7	1,8	9,9	**100**	3,1	2,5	4,6
Piovene Rocchette	33,2	55,8	1,9	9,2	**100**	3,3	2,5	4,8
Posina	32,8	54,0	2,1	11,1	**100**	3,1	2,3	4,9
Recoaro Terme	29,5	58,0	2,2	10,2	**100**	2,8	2,5	4,1
Salcedo	17,9	67,4	1,8	13,0	**100**	1,7	2,9	2,5
Santorso	31,5	57,8	1,9	8,7	**100**	3,0	2,6	3,8
San Vito di Leguzzano	29,7	60,2	1,6	8,5	**100**	4,4	2,6	4,5
Sarcedo	25,9	63,3	1,8	9,1	**100**	3,1	2,8	3,6
Schio	34,2	54,6	1,9	9,3	**100**	4,9	2,4	6,3
Thiene	28,6	58,4	1,8	11,2	**100**	4,6	2,6	5,2
Tonezza del Cimone	31,7	56,1	1,8	10,4	**100**	2,1	2,3	3,5
Torrebelvicino	30,8	58,1	1,8	9,3	**100**	4,9	2,5	5,1
Trissino	28,5	61,4	1,6	8,4	**100**	3,8	2,8	4,3
Valdagno	32,6	55,2	1,8	10,4	**100**	4,5	2,5	5,5
Valdastico	25,1	57,0	2,8	15,1	**100**	2,8	2,4	2,5
Valli del Pasubio	29,8	57,9	3,3	8,9	**100**	3,3	2,5	5,5
Velo d'Astico	31,8	55,9	1,6	10,7	**100**	4,4	2,6	5,4
Villaverla	25,4	65,1	1,5	8,0	**100**	3,1	2,9	3,4
Zanè	25,4	64,7	1,6	8,4	**100**	4,1	2,8	3,8
Zugliano	28,1	61,9	1,8	8,2	**100**	2,8	2,8	3,6

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat – Censimento 2001

2.4 La presenza degli stranieri

Come è noto i dati sulla popolazione straniera residente riportano solamente una minima parte della popolazione dimorante nel territorio, ovvero quella relativa agli iscritti all'anagrafe dei comuni. Manca dunque il dato relativo alla popolazione "presente", con o senza il permesso di soggiorno, ma non iscritta all'anagrafe.
Il dato relativo ai residenti mostra che gli stranieri nell'Alto Vicentino erano, alla fine del 2003, oltre 15.000 e rappresentavano il 6,3% della popolazione residente, percentuale molto simile a quella rilevata a livello provinciale (Tabella 14).

Tabella 14
Stranieri residenti nella Provincia di Vicenza e nell'Alto Vicentino
(valore assoluto e percentuale sulla popolazione totale residente)

	Totale stranieri residenti		Maschi stranieri residenti		Femmine straniere residenti	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003
Provincia di Vicenza	36.897	55.830	20.407	31.256	16.490	24.574
	4,7%	6,8%	5,3%	7,7%	4,1%	5,9%
Alto Vicentino	10.256	15.309	5.685	8.528	4.571	6.781
	4,4%	6,3%	4,9%	7,0%	3,8%	5,5%

Fonte: elaborazioni dell'Ufficio Statistica della Provincia di Vicenza e dell' IRS su dati Istat

Note: il dato del 2003 fa riferimento al 31 dicembre.

Nell'arco di soli due anni il numero di stranieri residenti è notevolmente aumentato: nel 2001 essi, infatti, costituivano il 4,4% della popolazione dell'Alto Vicentino e il 4,7% di quella provinciale.
In entrambi gli anni di riferimento il numero di maschi stranieri residenti è superiore a quello delle femmine: nel 2003 essi rappresentavano il 7% della popolazione totale maschile nell'Alto Vicentino e il 7,7% di quella provinciale contro, rispettivamente, il 5,9 ed il 5,5%.
Quasi nella metà dei casi gli stranieri residenti provengono da paesi europei (47%) mentre circa il 35% arriva dall'Africa e il 14% dall'Asia (Tabella 15).

Tabella 15
Stranieri residenti in Provincia di Vicenza e nell'Alto Vicentino per paese di provenienza (valore assoluto e percentuale sulla popolazione straniera residente)

	Europa	Africa	Asia	America	Oceania	Apolidi	Totale stranieri residenti
Provincia di Vicenza (2001)	17.314 *46,9%*	12.244 *33,2%*	5.346 *14,5%*	1.890 *5,1%*	94 *0,3%*	9 *0,0%*	36.897 *100%*
Alto Vicentino (2003)	7.276 *47,5%*	5.218 *34,1%*	2.251 *14,7%*	561 *3,7%*	3 *0,0%*	1 *0,0%*	15.310 *100%*

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat (Censimento 2001) e Prefettura di Vicenza – Ufficio Territoriale di Governo (2003)

Il dato a livello comunale mostra una certa variabilità sia nella quota di stranieri residenti che nella loro provenienza.
Nei Comuni di Laghi e Lastebasse la percentuale di soggetti giunti da un altro Paese non raggiunge l'1% mentre a Posina rappresenta ben il 10% della popolazione totale (Tabella 16).
In quasi tutti i comuni il numero di maschi stranieri residenti supera quello delle femmine: le eccezioni sono costituite da Chiuppano, Laghi, Lastebasse, Pedemonte e Tonezza del Cimone dove il numero di donne è lievemente superiore a quello degli uomini.
A Calvene e Valdastico la quota di stranieri residenti di origine europea è decisamente inferiore a quella media (essendo circa il 20%), mentre prevale nettamente la quota di coloro che provengono dall'Africa (oltre il 60%) (Tabella 17)[8].
Coloro che sono di origine africana costituiscono oltre il 50% della popolazione straniera residente in altri tre comuni dell'Alto Vicentino: Caltrano, Recoaro Terme e Valli del Pasubio.

[8] Il dato relativo ai Comuni di Laghi e Lastebasse, che riporta il 100% di stranieri residenti di origine europea, non è da considerarsi significativo in quanto si tratta solo di 3 individui.

Tabella 16
Stranieri residenti nei comuni dell'Alto Vicentino al 31.12.2003

	Totale stranieri residenti	% sulla pop. totale residente	Maschi stranieri residenti	% sulla pop. maschile residente	Femmine straniere residenti	% sulla pop. femminile residente
Arsiero	302	8,8	161	9,5	141	8,1
Breganze	369	4,5	187	4,7	182	4,3
Brogliano	107	3,4	55	3,5	52	3,3
Caltrano	191	7,3	123	9,5	68	5,1
Calvene	68	5,2	39	6,0	29	4,5
Carre'	277	8,2	161	9,4	116	6,9
Castelgomberto	399	6,9	216	7,5	183	6,4
Chiuppano	132	5,0	65	4,9	67	5,1
Cogollo del Cengio	156	4,5	79	4,7	77	4,4
Cornedo Vicentino	759	6,9	444	7,9	315	5,8
Fara Vicentino	103	2,6	54	2,8	49	2,5
Isola Vicentina	383	4,6	215	5,2	168	4,0
Laghi	1	0,8	-	0,0	1	1,4
Lastebasse	2	0,8	-	0,0	2	1,5
Lugo di Vicenza	222	6,0	119	6,3	103	5,6
Malo	812	6,3	461	7,2	351	5,4
Marano Vicentino	439	4,8	243	5,3	196	4,3
Monte di Malo	108	3,8	57	3,9	51	3,6
Pedemonte	42	5,1	18	4,7	24	5,6
Piovene Rocchette	757	9,5	411	10,5	346	8,5
Posina	71	10,1	44	12,1	27	8,0
Recoaro Terme	273	3,8	137	3,8	136	3,7
Salcedo	43	4,1	24	4,5	19	3,7
Santorso	293	5,3	164	6,0	129	4,6
San Vito di Leguzzano	188	5,3	98	5,6	90	5,0
Sarcedo	136	2,6	72	2,8	64	2,4
Schio	2.934	7,7	1.675	9,0	1.259	6,4
Thiene	1.679	7,9	930	8,9	749	6,8
Tonezza del Cimone	16	2,6	7	2,2	9	3,0
Torrebelvicino	407	7,1	228	8,1	179	6,2
Trissino	497	6,2	280	6,9	217	5,4
Valdagno	1.962	7,2	1.111	8,4	851	6,0
Valdastico	94	6,3	50	7,1	44	5,7
Valli del Pasubio	164	4,6	87	4,8	77	4,4
Velo d'Astico	115	4,9	60	5,1	55	4,7
Villaverla	361	6,3	207	7,2	154	5,4
Zane'	206	3,3	109	3,5	97	3,0
Zugliano	241	3,8	137	4,4	104	3,3

Fonte: elaborazioni Ufficio Statistica della Provincia di Vicenza e IRS su dati Istat

Tabella 17
Stranieri residenti nei comuni dell'Alto Vicentino al 31.12.2003 per paese di provenienza
(valore percentuale sulla popolazione straniera residente)

	Europa	Africa	Asia	America	Oceania	Apolidi	Totale stranieri residenti
Arsiero	53,3	34,1	10,6	2,0	0,0	0,0	100,0
Breganze	62,1	29,0	2,4	6,5	0,0	0,0	100,0
Brogliano	51,4	9,3	37,4	1,9	0,0	0,0	100,0
Caltrano	41,9	50,3	6,3	1,6	0,0	0,0	100,0
Calvene	22,1	64,7	8,8	4,4	0,0	0,0	100,0
Carrè	46,2	17,0	33,6	3,2	0,0	0,0	100,0
Castelgomberto	53,1	21,1	22,1	3,8	0,0	0,0	100,0
Chiuppano	43,9	43,9	3,8	8,3	0,0	0,0	100,0
Cogollo del Cengio	58,3	26,9	9,0	5,8	0,0	0,0	100,0
Cornedo Vicentino	37,8	27,0	30,9	4,3	0,0	0,0	100,0
Fara Vicentino	44,7	35,0	17,5	2,9	0,0	0,0	100,0
Isola Vicentina	48,8	31,6	14,9	4,7	0,0	0,0	100,0
Laghi	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Lastebasse	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Lugo di Vicenza	43,2	49,5	3,6	3,6	0,0	0,0	100,0
Malo	43,1	25,6	26,8	4,4	0,0	0,0	100,0
Marano Vicentino	46,0	45,1	5,7	3,2	0,0	0,0	100,0
Monte di Malo	52,8	13,0	32,4	1,9	0,0	0,0	100,0
Pedemonte	33,3	38,1	26,2	2,4	0,0	0,0	100,0
Piovene Rocchette	44,4	35,4	17,6	2,6	0,0	0,0	100,0
Posina	60,6	38,0	0,0	1,4	0,0	0,0	100,0
Recoaro Terme	28,9	60,4	7,7	2,9	0,0	0,0	100,0
Salcedo	34,9	34,9	14,0	16,3	0,0	0,0	100,0
Santorso	47,4	33,4	14,7	4,4	0,0	0,0	100,0
San Vito di Leguzzano	56,4	39,9	2,1	1,6	0,0	0,0	100,0
Sarcedo	67,6	25,7	0,7	5,9	0,0	0,0	100,0
Schio	52,2	31,1	13,6	3,0	0,0	0,0	100,0
Thiene	54,6	31,8	9,2	4,4	0,0	0,0	100,0
Tonezza del Cimone	62,5	6,3	18,8	12,5	0,0	0,0	100,0
Torrebelvicino	36,6	46,2	13,0	4,2	0,0	0,0	100,0
Trissino	48,7	27,0	21,3	3,0	0,0	0,0	100,0
Valdagno	38,4	42,8	16,1	2,8	0,0	0,0	100,0
Valdastico	19,1	74,5	0,0	6,4	0,0	0,0	100,0
Valli del Pasubio	38,4	52,4	3,7	4,3	0,6	0,6	100,0
Velo d'Astico	53,0	33,9	5,2	7,8	0,0	0,0	100,0
Villaverla	57,6	20,8	18,3	3,0	0,3	0,0	100,0
Zanè	54,4	33,0	5,8	6,8	0,0	0,0	100,0
Zugliano	53,9	36,5	6,6	2,9	0,0	0,0	100,0

Fonte : elaborazione IRS su dati della Prefettura di Vicenza - Ufficio Territoriale del Governo

2.5 Il livello di istruzione

La maggioranza della popolazione residente nell'Alto Vicentino ha conseguito la licenza di scuola media inferiore. Immediatamente dopo, per numerosità, vi sono coloro che hanno la licenza elementare. I diplomati rappresentano il 25% del totale mentre i laureati raggiungono solo il 5%. Non trascurabile è il dato relativo a quanti, pur essendo alfabeti, non hanno alcun titolo di studio: essi costituiscono il 7,2% della popolazione residente e solo l'1,7% di essi ha più di 65 anni.

Tabella 18
Popolazione residente da 6 anni in poi, per grado di istruzione

	Laurea	Diploma secondaria superiore	Licenza media inferiore	Licenza elementare	Alfabeti privi di titoli Totale	Alfabeti privi di titoli >65 anni	Analfabeti Totale	Analfabeti >65 anni
Provincia di Vicenza	42.984	187.102	237.600	208.017	54.078	13.430	2.498	806
	5,9%	*25,6%*	*32,4%*	*28,4%*	*7,4%*	*1,8%*	*0,3%*	*0,1%*
Alto Vicentino	10.809	53.798	70.093	64.360	15.511	3.712	570	164
	5,0%	*25,0%*	*32,6%*	*29,9%*	*7,2%*	*1,7%*	*0,3%*	*0,1%*

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat – Censimento 2001

Il dato a livello comunale evidenzia come a Laghi e Lastebasse vi è una quota superiore alla media di individui che hanno conseguito la licenza elementare mentre si riscontra una percentuale inferiore di individui con la licenza media inferiore, il diploma e la laurea. A Pedemonte, Posina, Salcedo e Valdastico si rileva una tendenza simile (benchè meno pronunciata) anche se in questi Comuni vi è un maggiore equilibrio tra quanti hanno la licenza elementare e quella di scuola media inferiore. A Schio e Thiene per contro è presente la quota maggiore di laureati (oltre il 7%).

Si può pertanto notare che i Comuni che si caratterizzano per essere "i più vecchi" fra quelli dell'Alto Vicentino sono anche quelli col livello di istruzione più basso. Questo può spiegare il fatto che il grado di istruzione sia inferiore alla media, dato che le generazioni più giovani tendono ad avere un livello di scolarizzazione più elevato.

Tabella 19
Popolazione residente nei comuni dell'Alto Vicentino da 6 anni in poi, per grado di istruzione
(valori percentuali)

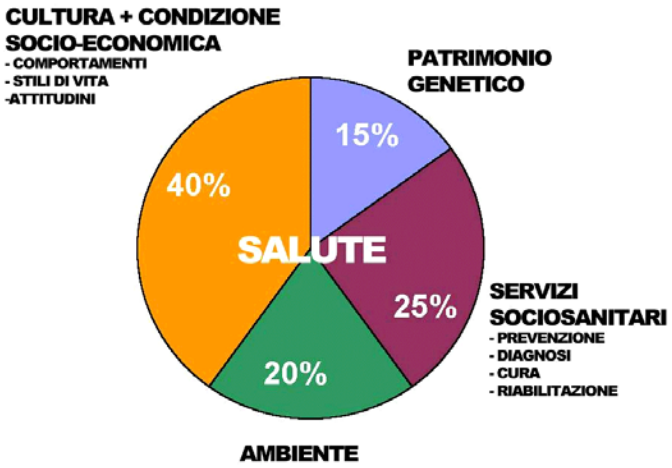
	Laurea	Diploma secondaria superiore	Licenza media inferiore	Licenza elementare	Alfabeti privi di titoli Totale	Alfabeti privi di titoli >65 anni	Analfabeti Totale	Analfabeti >65 anni
Arsiero	3,4	23,6	33,4	31,7	7,3	2,6	0,5	0,3
Breganze	4,6	26,8	30,5	31,1	6,8	1,1	0,1	0,0
Brogliano	3,1	23,2	36,7	29,6	7,2	1,7	0,2	0,1
Caltrano	4,2	24,8	32,8	31,3	6,2	1,3	0,7	0,1
Calvene	3,5	21,5	32,4	33,7	8,5	2,4	0,4	0,1
Carre'	6,2	26,7	32,5	28,9	5,6	0,7	0,2	0,0
Castelgomberto	4,3	22,3	34,9	29,8	8,3	1,9	0,3	0,1
Chiuppano	4,6	23,7	33,3	31,1	7,0	1,9	0,2	0,1
Cogollo del C.	4,2	27,7	32,2	29,3	6,6	1,2	0,1	0,1
Cornedo V.	4,0	24,0	34,0	29,9	7,8	1,8	0,3	0,1
Fara Vicentino								
Isola Vicentina	3,8	23,2	33,6	31,1	8,1	2,2	0,2	0,1
Laghi	0,0	12,2	20,3	61,0	6,5	3,3	0,0	0,0
Lastebasse	3,5	20,3	22,9	48,1	5,2	1,7	0,0	0,0
Lugo di Vicenza	4,8	28,1	25,7	32,6	8,3	1,9	0,4	0,1
Malo	3,8	23,2	36,5	28,7	7,3	1,5	0,4	0,1
Marano V.	4,5	25,3	33,0	30,6	6,4	0,6	0,2	0,1
Monte di Malo	2,6	19,5	36,9	33,1	7,6	2,1	0,3	0,1
Pedemonte	1,9	18,3	30,6	43,1	5,3	0,6	0,8	0,3
Piovene R.	4,0	27,4	33,6	28,4	6,3	1,1	0,3	0,1
Posina	1,2	19,6	26,4	38,4	13,6	7,9	0,9	0,4
Recoaro Terme	2,5	24,5	32,2	32,2	8,3	3,1	0,3	0,1
Salcedo	1,9	18,5	36,9	35,8	6,5	0,8	0,4	0,2
Santorso	4,5	24,3	32,6	31,1	7,2	1,3	0,3	0,1
San Vito di L.	4,7	22,9	33,9	29,2	8,8	1,9	0,5	0,1
Sarcedo	3,7	24,0	34,5	30,4	7,3	1,1	0,1	0,0
Schio	7,7	26,8	30,9	28,0	6,4	1,4	0,2	0,0
Thiene	7,2	27,7	31,7	26,5	6,7	1,3	0,2	0,1
Tonezza del C.	2,2	25,8	27,1	37,0	7,7	3,2	0,2	0,2
Torrebelvicino	2,9	22,8	35,3	29,8	8,7	2,3	0,4	0,0
Trissino	3,0	21,6	35,9	31,2	8,0	2,6	0,2	0,1
Valdagno	6,2	25,9	30,6	29,7	7,4	2,4	0,3	0,1
Valdastico	2,0	19,6	31,5	37,7	8,9	3,8	0,4	0,0
Valli del Pasubio	2,1	20,9	31,0	38,3	7,3	2,2	0,4	0,1
Velo d'Astico	2,7	24,0	32,2	33,0	7,6	2,0	0,5	0,1
Villaverla	3,4	23,3	36,2	29,1	7,5	1,4	0,3	0,1
Zanè								
Zugliano	4,6	24,4	32,7	30,8	7,4	1,5	0,1	0,0

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat – Censimento 2001

3. Una analisi della condizione, dei bisogni e dello stato di salute della popolazione dell'Alto Vicentino, e del relativo sistema di offerta, rilevabili dalle fonti raccolte dall'Osservatorio

3.1 I determinanti della salute[1]

La condizione di salute, elemento essenziale per una vita sana e piena dipende da un insieme complesso di fattori: genetici, ambientali, psicologici, fisici, culturali. L'OMS ha proposto una ripartizione teorica dell'impatto dei diversi determinanti sulla salute della popolazione2:



Il piano di Comunità 2004-2006 redatto dalla Ulss 4 cita per contro numerosi studi che dimostrano che l'incidenza della rete dei servizi socio-sanitari sullo stato di salute è inferiore (e viene complessivo valutato attorno al 10-15%), mentre viene dato maggior peso al patrimonio genetico (il cui peso è stimato tra il 20% e il 30%), l'ambiente pesa circa il 20%, mentre il fattore socio-economico risulta in entrambi i casi la variabile più importante tra il 40% e il 50%: Entriamo dunque più nel dettaglio in questi elementi socio-economici e comportamentali.

La dimensione socio-economica del singolo e del contesto risulta essere significativamente correlata allo stato di salute, ma non solo quale conseguenza della maggiore disponibilità di servizi e operatori del territorio (sono stati effettuati studi che dimostrano che valutando complessivamente i risultati dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati avanzati, risulta come la longevità delle popolazioni non sia strettamente correlata alla spesa sanitaria) ma

[1] I testi sono tratti dai Piani di zona di Comunità delle Ulss 4 e 5.
[2] Tratto da ULSS 4, Piani di Comunità 2004-2006

per lo più collegata a fattori quali la cultura, l'ambiente, gli stili di vita, l'occupazione, il reddito, l'istruzione. Inoltre maggiore è l'educazione dei cittadini e maggiori sono le aspettative sullo standard di salute che il cittadino ritiene accettabile.

L'esistenza di un rapporto diretto fra stato socio-economico e salute a livello di popolazione è dimostrato sia dalle analisi tra diverse nazioni (esiste una relazione diretta tra aspettativa di vita e PIL) sia dagli studi che valutano la distribuzione delle principali cause di mortalità fra distinte classi socio-economiche all'interno dei singoli paesi (le classi sociali più povere muoiono più precocemente rispetto alle classi sociali più benestanti): da una parte le popolazioni povere, con basso livello di istruzione ed un basso livello di occupazione hanno maggiori probabilità di vivere in circostanze ambientali e sociali più dannose per la salute. Inoltre le popolazioni con un basso livello socio-economico hanno una maggiore probabilità di adottare comportamenti a rischio per la salute come fumare, bere alcol, nutrirsi in modo poco equilibrato e fare poco sport[3].

L'assunzione di comportamenti e stili di vita sani rappresenta oltre che un regalo a se stessi anche una assunzione da parte di tutti i cittadini di un ruolo personale diretto e consapevole nei confronti del benessere fisico, psichico e sociale della propria comunità, e ciò può avvenire anche attraverso la mobilitazione di tutti gli organismi di partecipazione e concertazione utili per la promozione e la gestione territoriale della salute.

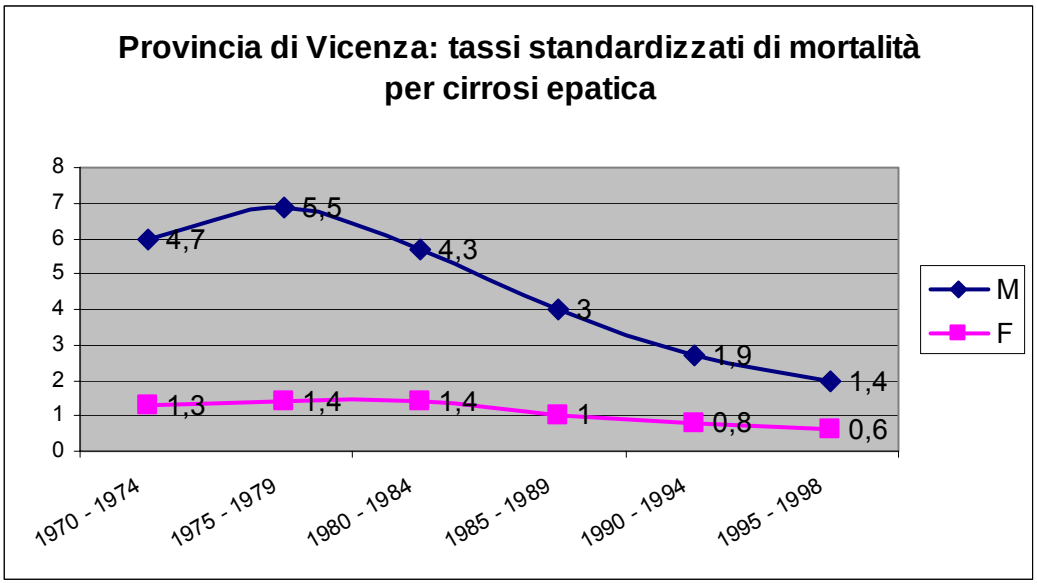
> "*L'evidenza scientifica ha ormai dimostrato come il* <u>fumo di tabacco</u> *rappresenta di gran lunga il maggior fattore di rischio per la salute essendo tra le cause più rilevanti nell'insorgenza di malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie. Il fumo di sigaretta rappresenta la principale causa di malattia e morte prevenibile con modalità efficaci e relativamente a basso costo. In particolare, il fumo risulta la causa scatenante per alcuni tipi di tumore tra cui quelli del polmone (90%), dell'esofago (66%), della vescica (28%), pancreas (25%), rene (25%) e leucemie (19%). Gli studi di farmacoeconomia dimostrano come la cessazione dal fumo rappresenta il punto più alto nella bilancia costo efficacia in termini di assistenza sanitaria. In Italia i fumatori sono 12 milioni e 330 mila. Rappresentano il 24,9% della popolazione con età superiore a 15. In Veneto i fumatori di età superiore ai 15 anni sono il 21,2% della popolazione. La maggiore percentuale di fumatori si ha tra i 24 ed i 54 anni con il 35% di fumatori in Italia ed il 30% nel Veneto. Questo è probabilmente il risultato delle campagne di prevenzione e sensibilizzazione attuate nel Veneto in questi anni.* ***Nell'ULSS n.4[4] i fumatori sono il 26% della popolazione.*** *Tra gli operatori sanitari il 30,8% è fumatore. Tra i medici di base il 19%. (…) Una recente indagine, effettuata su tutta la regione e che ha coinvolto alcuni istituti scolastici della nostra ULSS, ha evidenziato che la prima sigaretta si fuma intorno ai 13 anni e che a questa età il 4% fuma ogni giorno. L'abitudine al fumo dei ragazzi dipende fortemente dall'esempio fornito dai genitori. (…)*
> *La decisione di smettere avviene dopo circa 20 anni di abitudine al fumo, aumentando il grado di istruzione aumenta la propensione a smettere. Nel Veneto il 60% dei fumatori maschi ed il 50% delle fumatrici dichiarano di voler smettere di fumare.*

[3] Regione Veneto, Relazione socio-sanitaria della Regione Veneto 2004
[4] Fonte Progetto Goal - Servizio di Alcologia - intervista a 4.829 donatori di sangue di età media 36 anni

I fumatori passivi (ovvero i non fumatori che convivono con almeno un fumatore) sono in Italia il 22% della popolazione. (…) L'esposizione al fumo passivo è causa di rischio per malattie respiratorie, infarto e tumore polmonare. "[5]

L'alcol, come il fumo, è correlato a numerose patologie che incidono negativamente sull'aspettativa e sulla qualità di vita della popolazione; l'alcol è spesso la causa principale di incidenti stradali, domestici ed occupazionali, e di suicidi. L'abuso di alcol è inoltre correlato a diverse patologie: cirrosi epatica, pancreatine, neoplasie , ipertensione, ecc

La mortalità per cirrosi epatica in provincia fortunatamente appare in forte calo negli ultimi anni, in particolare presso la popolazione maschile, come è possibile osservare nella tabella seguente:



La provincia di Vicenza rispetto alla media regionale evidenzia un livello di mortalità per cirrosi leggermente superiore: la provincia evidenzia un differenziale SMR[6] di mortalità del 14% in più tra i maschi e del 12% in più tra le femmine. Inoltre una analisi dei differenziali di mortalità per cirrosi tra le Ulss dell'alto vicentino e i dati medi provinciali evidenziano un ulteriore aggravio del problema, come è possibile osservare nella tabella seguente:

- tra le femmine della Ulss 4 (in particolare di quelle più anziane), che presentano un livello di mortalità dell'11% superiore rispetto alla media provinciale, dato che sale al 17% tra le più anziane
- tra i maschi della Ulss 5 (con un +11%), in particolare nella fascia adulta

[5] Tratto da ULSS 4, Piani di Comunità 2004-2006

[6] è il "Rapporto Standardizzato di Mortalità": l'indicatore risultante assume un valore pari a 1 quando il valore è analogo al valore medio regionale (o provinciale nelle tabelle seguenti relative ai differenziali per Ulss)

Tra i maschi della Ulss 4 il tasso di mortalità espresso con 0.73 sta a significare un tasso di mortalità per cirrosi inferiore del 27% rispetto alla media regionale, come anche tra le femmine della Ulss 5 dove è inferiore del 20% rispetto alla media provinciale.

Differenziali di mortalità per CIRROSI EPATICA nelle ULSS 4 e 5 rispetto ai dati complessivi della Provincia di Vicenza

	ULSS 4					ULSS 5			
	maschi		femmine			maschi		femmine	
	> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità		> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità
Tutte le età		0.73	1.11			1.11			0.80
< di 65 anni		0.71	1.17			1.08			0.74

Fonte: elaborazione Irs sulla base dei dati di fonte Provincia di Vicenza, ULSS 4, *Priorità di sanità pubblica nella provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da una analisi di mortalità*

Uno studio della Regione Veneto effettuato su una popolazione di 75.312 soggetti tra i 15 e 44 anni residenti nel territorio dell'U.L.S.S. 4 di Thiene ha rilevato che il 4,10% (3.090) riferisce 10 o più ubriacature negli ultimi 12 mesi.

> *"Se si considera che gli incidenti stradali sono la prima causa di morte tra i giovani e la seconda sono i suicidi, è del tutto evidente l'importanza di intervenire con azioni mirate al contenimento dell'abuso di alcol soprattutto nei giovani.*
> *In particolare, in relazione al rapporto giovani-consumo e abuso di alcol, una recente ricerca condotta su un campione composto da 6.431 studenti veneti e che ha coinvolto anche giovani frequentanti alcuni istituti scolastici dell'ULSS 4, ha evidenziato che l'età di esordio del consumo di alcolici si situa verso i 12 anni e mezzo. Rispetto all'abuso, l'età della prima ubriacatura si situa in media a 13 anni e mezzo.*
> *Il consumo e l'abuso di alcolici si differenziano per sesso e per età: vi sono forti differenze tra maschi e femmine, con una prevalenza dei primi; il consumo e l'abuso di bevande alcoliche crescono per entrambi i generi con l'aumentare dell'età."*[7]

Nel territorio provinciale episodi di abuso di alcolici sono sempre più frequenti anche tra gli immigrati con gravi conseguenze per il loro inserimento sociale e lavorativo. Il Piano di zona della Ulss 6 (in cui è collocato il Comune di isola Vicentina) evidenzia che il 18% dei nuovi pazienti alcolisti del Ser.T negli ultimi 2 anni sono immigrati, non di rado i servizi sociali segnalano situazioni di marginalità sociale di stranieri con problemi alcolcorrelati. Oltre il 70% della popolazione detenuta nella casa Circondariale di Vicenza è straniera, circa il 10% accede al carcere con un livello di alcolemia rilevabile; di questi il 20% sono alcoldipendenti.

[7] Tratto da ULSS 4, Piano di Comunità 2004-2006

Per dare una dimensione del fenomeno si osservi che nel 2003 sono stati trattati dal SERT ulss 5.414 pazienti con problemi alcolcorrelati. Sono attivi nel territorio n. 23 club di Alcolisti in Trattamento e due gruppi di Alcolisti Anonimi che affiancano il SERT seguendo complessivamente circa 300 persone tra alcolisti e familiari. Manca a tutt'oggi una stima degli alcoldipendenti residenti nell'Ulss, ma è realistico considerare che questa sia sovrapponibile alla media regionale.

Come emerge dai Piani di zona e di Comunità delle Ulss 4 e 5 gli effetti sulla salute dell'uso di sostanze stupefacenti sono notevoli e coinvolgono il soggetto sia sul piano fisico sia sul piano sociale. Sono infatti imputabili all'uso di sostanze l'incremento di incidenti stradali, con aumento numerico di vittime, le crisi familiari, con un crescendo delle violenze domestiche e di maltrattamenti, crimini, omicidi, atti di violenza, la perdita o l'incapacità di mantenere una occupazione lavorativa oltre che l'incapacità nel mantenere relazioni durature e significative. In tal senso i principali fattori che favoriscono il consumo di droghe sono: le influenze interpersonali, (atteggiamenti positivi e tolleranti nei confronti delle droghe e comportamenti di consumo dei genitori e dei fratelli; stile educativo non autorevole, ma autoritario e permissivo; gruppo dei pari tollerante o consumatore o che assume comportamenti a rischio); i fattori personali (stati emozionali negativi, credenze positive verso il consumo di droghe, aspettative, motivazioni e significati attribuiti alle droghe, deboli competenze sociali e deboli legami con agenzie della comunità; le influenze ambientali (disponibilità, accessibilità delle droghe; situazioni d disagio e di stress, risorse e opportunità sociali ridotte, cultura che promuove il consumo). Tutti questi fattori concorrono a determinare una maggiore vulnerabilità del soggetto verso le sostanze tanto che oggi
si parla di fattori predisponenti bio-psico-sociali. Il problema dell'abuso di sostanze e delle varie forme di dipendenza da interesse minoritario è diventato nel tempo un problema centrale per la società, soprattutto alla luce dell'uso combinato e sempre più pericoloso che ne viene fatto.

Rispetto all'uso di sostanze stupefacenti, uno studio della Regione Veneto effettuato su una popolazione di 75.312 soggetti tra i 15 e 44 anni residenti nel territorio dell'U.L.S.S. 4 di Thiene ha rilevato che

- il 7,53% (5.674) riferiscono di aver usato 10 o più volte cannabinoidi negli ultimi 12 mesi;
- l'1,26% (949) riferiscono di aver usato altre sostanze illegali 3 o più volte negli ultimi 12 mesi;
- lo 0,75% (564) riferisce di aver usato oppiacei 3 o più volte negli ultimi 12 mesi.

Sulla base dei dati statistici riguardanti il territorio dell'Ulss 5 e più in generale la situazione regionale, si può stimare una presenza nel territorio di soggetti che usano e abusano di sostanze psicoattive, con diverse modalità e diversa frequenza, pari a circa quattro volte il numero di utenti che afferiscono ai servizi. Questo vale per dipendenze da sostanze derivate dall'oppio, mentre per le droghe di sintesi (anfetamine simili, allucinogeni e droghe voluttuarie del fine settimana) non avendo i servizi pubblici un'affluenza significativa di

soggetti dediti all'uso di queste sostanze, ci si deve riferire alle ricerche condotte dalla Regione e più nello specifico alle informazioni derivanti dal contatto diretto con i giovani nella scuola, nel lavoro e nell'ambito del tempo libero.

Vediamo dunque quanti sono gli utenti dei servizi:

UTENTI DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE, PER SESSO E CLASSE DI ETA, PER AZIENDA ULSS – 2003 - Fonte: Osservatorio Regionale sulle Dipendenze – Tratto da Piano di Zona

Azienda ULSS	< 15		15 – 19		20 – 24		25 – 29		30 -34		35 – 39		> 39		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
4	0	0	20	10	96	28	89	26	108	18	90	13	42	7	445	102
5	0	0	9	6	72	12	77	6	62	8	53	13	33	4	306	49
Totale	**0**	**0**	**29**	**16**	**168**	**30**	**166**	**32**	**170**	**26**	**143**	**26**	**75**	**11**	**751**	**151**

UTENTI DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE, SOGGETTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI, PER SESSO E AZIENDA ULSS - 2003 Fonte: Osservatorio Regionale sulle Dipendenze – Tratto da Piano di Zona

Azienda ULSS	Totale nuovi utenti	Totale utenti già in carico o rientrati	Totale	Soggetti inseriti in comunità riabilitanti
4	179	368	**547**	193
5	63	292	**355**	67
Totale	**242**	**660**	**902**	**260**

- Considerando dunque che il numero totale di tossicodipendenti in carico al Sert della Ulss 4 è pari a 547 si può stimare il numero dei tossicodipendenti nel territorio in 2100/2200
- Nella Ulss 5 poiché nel 2003 il numero dei tossicodipendenti in carico al Sert era 355 il numero di tossicodipendenti può essere stimato in circa 1400.

Nel Piano di zona della Ulss 5 viene riportato che l'uso di stupefacenti, anche se maggiormente rappresentato nei grossi comuni, è tuttavia diffuso nella totalità dei Comuni dell'ULSS 5.

Se fumo e alcol, in particolare se consumanti assieme, costituiscono i più significativi fattori di rischio, essi coinvolgono non più di un terzo della popolazione; per gli altri due terzi i determinanti più importanti sono rappresentati da una alimentazione inappropriata e da uno

stile di vita sedentario. I disturbi del comportamento alimentare si configurano oggi, come problema medico specifico. Negli ultimi anni si sta registrando un progressivo incremento di questi stati morbosi con numeri tali da rappresentare un fenomeno di allarme sociale. Dieta ipercalorica e sedentarietà costituiscono fattori di rischio cruciali per molte malattie metaboliche, in particolare il diabete e l'ipertensione.
Gli effetti degli stili di vita dannosi si manifestano non solo in età adulta ma anche negli anziani e nei più giovani.

Vanno infine citati tre importanti determinanti della salute collegabili all'area ambientale: l'inquinamento, gli incidenti domestici e sul luogo di lavoro.

L'inquinamento atmosferico determinato dalle auto, alle industrie e dai sistemi di riscaldamento domestico aumenta la mortalità per malattie respiratorie croniche ed acute particolarmente tra gli anziani. Negli ultimi dieci anni vi è stato un notevole progresso nel controllo delle emissioni, derivato essenzialmente dalla riduzione del contenuto di zolfo nel gasolio da riscaldamento e dalla eliminazione del piombo dalla benzina. Nella Relazione socio-sanitaria della Regione Veneto 2004 si afferma che vi è evidenza scientifica che la proporzione di nuovi tumori polmonari attribuibile all'inquinamento atmosferico sia pari a solo l'1%.

Per quanto riguarda gli incidenti domestici i dati dimostrano che i soggetti più a rischio sono i bambini (fascia 0-14 anni) e gli anziani (fascia 65+ anni) per i quali si riscontra la maggior incidenza, ed una maggior rilevanza degli esiti gravi. Molti comportamenti errati e molte condizioni ambientali che favoriscono l'insorgenza di incidenti domestici possono certamente essere modificati, con benefici nella prevenzione dei traumi incidentali. Il tema della sicurezza nell'ambiente domestico è relativamente recente e vi è una modesta, seppur significativa, analisi delle pratiche efficaci. Per i soggetti in condizioni di marginalità sociale sono tuttora rilevanti problematiche derivanti da carenze degli impianti (elettrico, riscaldamento, ecc.) e significativo il rischio di intossicazioni accidentali.

In conclusione fumo, alimentazione inappropriata, sedentarietà, alcol e droghe e mancato uso dei sistemi di sicurezza individuali quali cinture di sicurezza, seggiolini e casco in bicicletta, unitamente ad una ancora inadeguata organizzazione delle misure di sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro sono le più importanti cause di decesso precoce e disabilità prevenibili attraverso strategie di sanità *pubblica.*

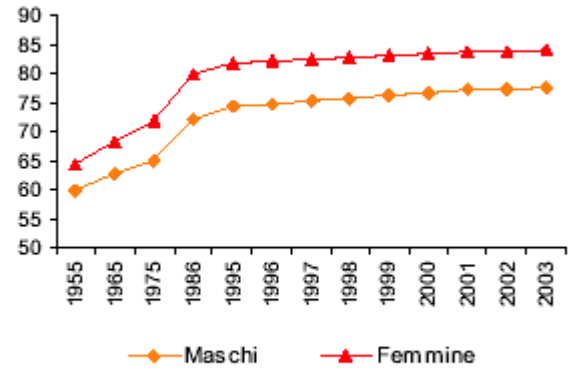
3.2 Condizioni di salute e aspettativa di vita

3.2.1 Alcuni dati sull'evoluzione dell'aspettativa di vita

Grazie ai progressi della medicina e al miglioramento complessivo della alimentazione e della qualità della vita la durata della vita in Italia si è notevolmente allungata nel corso degli ultimi cinquanta anni. Se nel 1955 la speranza di vita era pari a circa 57 anni per gli uomini e

61 per le donne, oggi essa è maggiore di circa 20 anni: precisamente, nel 2003 la speranza di vita era pari a 76,9 anni per i maschi e quasi 83 per le femmine.
Nel Veneto questi valori appaiono anche più elevati: 77,4 per i primi e 83,9 per le seconde (Figura 14.17).[8]

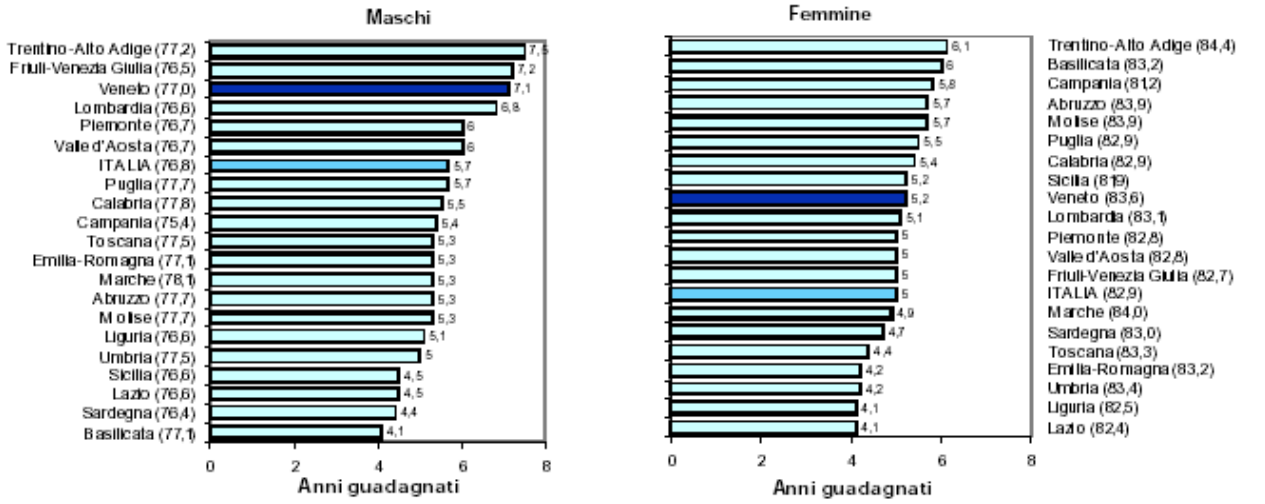
Fig. 14.17 - Speranza di vita alla nascita per sesso
Veneto. Anni 1955:2003 (*)



(*) Per gli anni 2002 e 2003 stime anticipatorie dei fenomeni demografici
Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - U.P. Statistica su dati Istat

Nel l'arco di venti anni, dal 1981 al 2002, gli uomini in Veneto hanno guadagnato circa 7 anni di vita mentre per le donne la speranza di vita è cresciuta di 5 anni (Grafico sottostante). La riduzione della mortalità, che è oggi al suo minimo storico, e l'aumento della speranza di vita alla nascita sono collegati soprattutto all'abbattimento della mortalità infantile e ai miglioramenti dello stato di salute negli adulti e negli anziani.

Speranza di vita alla nascita nel 2002 e graduatoria per numero di anni guadagnati tra il 1981 e il 2002, per sesso e regione



Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - U.P. Statistica su dati Istat

La relazione socio-sanitaria della Regione Veneto spiega la differenza in aspettativa di vita tra maschi e femmine con due principali ragioni:

[8] Non si hanno purtroppo dati ad un livello di aggregazione superiore

a) uno svantaggio biologico degli uomini (legato all'assetto ormonale) che spiega circa 3 anni di differenza
b) la maggiore esposizione ai fattori di rischio da parte degli uomini (tabacco, alcol, traumi e tossicità sul lavoro, guida in stato di ebbrezza, ecc…) che spiega 4 anni della differenza.

Vediamo dunque innanzitutto quali sono le principali patologie presenti nella popolazione residente sul territorio provinciale e in particolare nell'Alto Vicentino e quali sono le principali cause di morte e successivamente ci addentriamo maggiormente nei differenti 'determinanti della salute'.

3.2.2 Le condizioni di salute della popolazione residente

Come ben descritto dalla relazione socio-sanitaria della Regione Veneto 2004 negli ultimi decenni si è avuta una profonda modificazione della incidenza e prevalenza delle patologie e delle cause di mortalità sul territorio regionale e a livello locale.
Si è infatti assistito ad una drastica riduzione delle malattie infettive e ad una maggiore diffusione di quelle non trasmissibili, quali le malattie cardio-vascolari e i tumori, oggi i due gruppi di patologie più diffuse a livello regionale e locale.

Le malattie infettive si sono fortemente ridotte in termini di mortalità e morbosità grazie alla diffusione dei vaccini e delle nuove classi di farmaci per l'Aids, mentre le patologie non trasmissibili hanno subito un andamento inverso, crescendo progressivamente a causa principalmente dei comportamenti e delle condizioni di vita (fumo, alcol, stress, inquinamento, ecc). Paradossalmente l'aumento in proporzione dei morti per tumore è un segno della aumentata longevità della popolazione.
E' interessante effettuare un raffronto tra la regione Veneto e la provincia di Vicenza per metterne in luce le specificità:

- nell'anno 2003 nella regione Veneto il quoziente di natalità e quello di mortalità[9], apparivano molto simili: 9,52 il primo e 9,50 il secondo. La principale causa di morte in Regione Veneto negli ultimi anni sono le malattie del sistema circolatorio (41,1%) e in particolare le malattie cardio-vascolari, e i tumori (30,3%), in particolare di quelli al polmoni tra gli uomini e di quelli alla mammella tra le donne.
- la provincia di Vicenza si configura invece come un territorio con un alto quoziente di natalità e un basso quoziente di mortalità. Nel 2003 si sono registrate 10,35 nascite contro 8,78 morti ogni mille abitanti (quest'ultimo dato è inferiore a quello di tutte le altre province venete). Le cause di morte sono le medesime anche se con una leggera differenza %: le malattie del sistema circolatorio rappresentano il 42% del totale mentre i tumori il 29,8% (dato che sale al 42,6% tra le persone sotto i 65 anni).

[9] che esprimono il numero di nascite e di morti che si verificano nell'arco di un anno, ogni mille abitanti

E' interessante notare che le cause di morte si differenziano a seconda dell'età, oltre che del sesso, così come riportato da una analisi effettuata dalla provincia di Vicenza e la ULSS 4[10]:

- nei **giovani** uomini (15 – 29 anni) la prima causa di morte sono gli incidenti stradali e la seconda il suicidio. L'Aids che negli anni '90 rappresentava la prima causa di morte negli uomini tra i 35 e i 39 anni, è oggi un problema molto ridimensionato dal punti di vista della mortalità grazie alle terapie anti-retrovirali, mentre non per quanto riguarda la diffusione del virus dell'HIV, ancora oggi consistente, come si vedrà oltre; anche per quanto riguarda le giovani donne (15 – 29 anni) gli incidenti rappresentano la prima causa di morte (anche se con un tasso 3 volte inferiore), mentre i suicidi hanno un tasso 6 volte inferiore rispetto ai maschi.
- Tra gli uomini **adulti** (40-64 anni) i due principali gruppi di cause di morte sono i tumori (e in particolare il cancro al polmone) e le malattie cardio-circolatorie (in particolare l'infarto), che raddoppiano ogni 5 anni di età. Per le donne i gruppi di cause sono gli stessi, ma con tassi pari alla metà per quanto riguarda i tumori e di un terzo rispetto alle malattie cardio circolatorie. Questo perché gli uomini sono maggiormente esposti a fattori cancerogeni (fumo, alcol, esposizioni lavorative) e perché non è protetto da specifici ormoni che la donna ha fino alla menopausa, che la proteggono dallo sviluppo della arteriosclerosi. Le donne sono invece fortemente esposte al tumore della mammella, che per esse rappresenta la prima causa di morte
- Negli uomini **anziani** (sopra i 65 anni) le malattie cardiovascolari superano i tumori, in particolare dai 75 anni in poi. Per le donne l'infarto diventa la prima causa di morte e aumentano i decessi per le malattie dell'apparato respiratorio, e oltre gli 84 anni tra le donne il permanere di uno stato di salute meno compromesso rispetto agli uomini permette l'insorgere dei disturbi psichici (demenza) tipici dell'invecchiamento

Nella tabella seguente vediamo invece quali sono le principali cause di morte articolate per età nella Ulss 5.

Prima causa di morte per classe di età: anni 2002 – 2003

Classe di età	Prima causa di morte
0-14	traumi, malattie sistema nervoso, malformazione congenita, malattia della pelle
15-19	traumatismi
20-24	traumatismi
25-29	traumatismi
30-34	malattie sistema circolatorio, traumatismi
35-39	traumatismi
40-44	tumori
45-49	malattie sistema circolatorio, tumori
50-54	tumori
55-59	tumori
60-64	tumori
65-69	tumori
70-74	tumori, malattie sistema circolatorio
75-79	malattie sistema circolatorio, tumori
80-84	malattie sistema circolatorio
85-89	malattie sistema circolatorio
90+	malattie sistema circolatorio

Fonte: Relazione sanitaria 2004 Ulss 5

[10] Provincia di Vicenza, ULSS 4, *Priorità di sanità pubblica nella provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da una analisi di mortalità*

Morti per sesso, gruppi di cause
Anno 2001 (in v.a. e %)

	Veneto				Provincia di Vicenza			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
Malattie infettive e parassitarie	139	*0,7*	148	*0,7*	24	*0,7*	23	*0,7*
Tumori	7.613	*37,1*	5.657	*27,1*	1.152	*35,6*	928	*27,4*
Malattie ghiandole endocrine e metabolismo	523	*2,6*	796	*3,8*	92	*2,8*	144	*4,3*
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	53	*0,3*	85	*0,4*	6	*0,2*	10	*0,3*
Disturbi psichici	392	*1,9*	685	*3,3*	68	*2,1*	104	*3,1*
Malattie sistema nervoso e organi dei sensi	407	*2,0*	566	*2,7*	58	*1,8*	78	*2,3*
Malattie del sistema circolatorio	7.285	*35,5*	9.342	*44,7*	1.235	*38,1*	1.528	*45,2*
Malattie dell'apparato respiratorio	1.392	*6,8*	1.270	*6,1*	206	*6,4*	203	*6,0*
Malattie dell'apparato digerente	973	*4,7*	951	*4,6*	158	*4,9*	171	*5,1*
Malattie dell'apparato genitourinario	211	*1,0*	236	*1,1*	25	*0,8*	39	*1,2*
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	19	*0,1*	52	*0,2*	1	*0,0*	3	*0,1*
Malattie sistema osteo-muscolare e tessuto conn.	29	*0,1*	100	*0,5*	2	*0,1*	8	*0,2*
Malformazioni congenite	37	*0,2*	46	*0,2*	4	*0,1*	6	*0,2*
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	23	*0,1*	21	*0,1*	3	*0,1*	6	*0,2*
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	84	*0,4*	161	*0,8*	9	*0,3*	27	*0,8*
Traumatismi e avvelenamenti	1.314	*6,4*	777	*3,7*	195	*6,0*	106	*3,1*
Totale	**20.494**	***100,0***	**20.893**	***100,0***	**3.238**	***100,0***	**3.384**	***100,0***

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

I dati sulla mortalità della popolazione ci forniscono una immagine in negativo della salute di una popolazione oltre a tutto riescono a registrare solo con anni di ritardo i cambiamenti nella incidenza delle malattie o nella sopravvivenza grazie ai progressi terapeutici o nei cambiamenti nei comportamenti. Eppure questi rappresentano la maggiore fonte informativa sullo stato di salute della popolazione disponibili a livello di ULSS.
Vediamo dunque come sono distribuite le patologie sul territorio.

3.2.3 Le specificità dell'Alto Vicentino

Pur riconoscendo che le patologie abbiano una incidenza e una mortalità analoga in tutte le ULSS della provincia di Vicenza, la ricerca più volte citata[11] ha ritenuto di indagare anche le specificità territoriali, che possono essere influenzate dal differente livello di urbanizzazione del territorio, dall'essere o meno area montana, dai diversi stili di vita della popolazione (consumo di grassi ed alcol), da possibili determinanti genetici caratteristici di popolazioni

[11] Provincia di Vicenza, ULSS 4, *Priorità di sanità pubblica nella provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da una analisi di mortalità*

chiuse e fattori legati all'accesso e alla disponibilità delle strutture del Servizio sanitario, ecc…

Poiché dati relativi al territorio dell'Alto Vicentino complessivamente inteso non sono disponibili le specificità del territorio vengono di seguito messe in evidenza considerando le differenze rilevate tra i territorio delle ULSS 4 e 5 nell'ambIto dei quali sono collocatl i comuni dell'Alto Vicentino.

L'analisi a livello territoriale è stata realizzata sui dati 1995-1999 relativi al "Rapporto Standardizzato di Mortalità" per le diverse cause di morte. L'indicatore risultante assume un valore pari a 1 quando il valore è analogo al valore medio provinciale[12]: un valore pari a 0,5 corrisponde ad un rischio di morte dimezzato (-50%) mentre un valore uguale a 2 corrisponde ad un rischio di morte doppio. Nelle tabelle che seguono sono stati riportati solamente i dati che sono stati considerati dagli autori statisticamente significativi. La prima tabella raffronta i dati relativi a tutte le fasce di età, mentre la seconda i soli dati relativi alla popolazione adulta al di sotto dei 65 anni di età.

Differenziali di mortalità nelle ULSS 4 e 5 rispetto ai dati complessivi della Provincia di Vicenza: TUTTE LE ETA'

	ULSS 4				ULSS 5			
	maschi		femmine		maschi		femmine	
	> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità
Tumori								0,89
- tumore del fegato			1,37					
- tumore dell'encefalo					1,36			
- tumore del pancreas								0,68
- tumore dell'utero								0,55
- tumore tessuti linfatici - leucemie								0,72
- tumore colon-retto							1,23	
Malattie del sistema circolatorio	1,16		1,08		1,07		1,06	
- cardiopatie ischemiche, infarto	1,26		1,15					
- malattie cerebrovascolari			1,15		1,21		1,15	
Disturbi psichici			1,33					
Malattie del sistema nervoso			1,29					0,69
Malattie dell'apparato respiratorio		0,8		0,56			1,33	
- polmonite		0,64		0,45	1,36		1,54	
- bronchite, asma, enfisema		0,81						
Malattie dell'apparato genito-urinario							1,31	
Malattie dell'apparato digerente		0,85			1,21			
- cirrosi epatica		0,73						

[12] il numero di morti osservati è pari al numeri di morti attesi calcolati sulla base della media provinciale

Malattie del sistema osteomuscolare	1,9		1,76						
Traumatismi e avvelenamenti									0,81
Fratture	1,39						0,73		0,55
ustioni						2,2			
avvelenamenti ed effetti tossici						1,58			

Fonte: elaborazione Irs sulla base dei dati di fonte Provincia di Vicenza, ULSS 4, *Priorità di sanità pubblica nella provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da una analisi di mortalità*

Differenziali di mortalità nelle ULSS 4 e 5 rispetto ai dati complessivi della Provincia di Vicenza: ADULTI < 65 ANNI

	ULSS 4					ULSS 5			
	maschi		femmine			maschi		femmine	
	> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità		> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità
Tumori									
- tumore tessuti linfatici - leucemie			1,53						
- tumore dell'intestino			3,67						
Malattie del sistema circolatorio								1,3	
- cardiopatie ischemiche, infarto	1,3								
- malattie cerebrovascolari			1,57						
Disturbi psichici							0,42		
Fratture	1,61								
ustioni						2,37			
avvelenamenti ed effetti tossici						1,67			

Fonte: elaborazione Irs sulla base dei dati di fonte Provincia di Vicenza, ULSS 4, *Priorità di sanità pubblica nella provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da una analisi di mortalità*

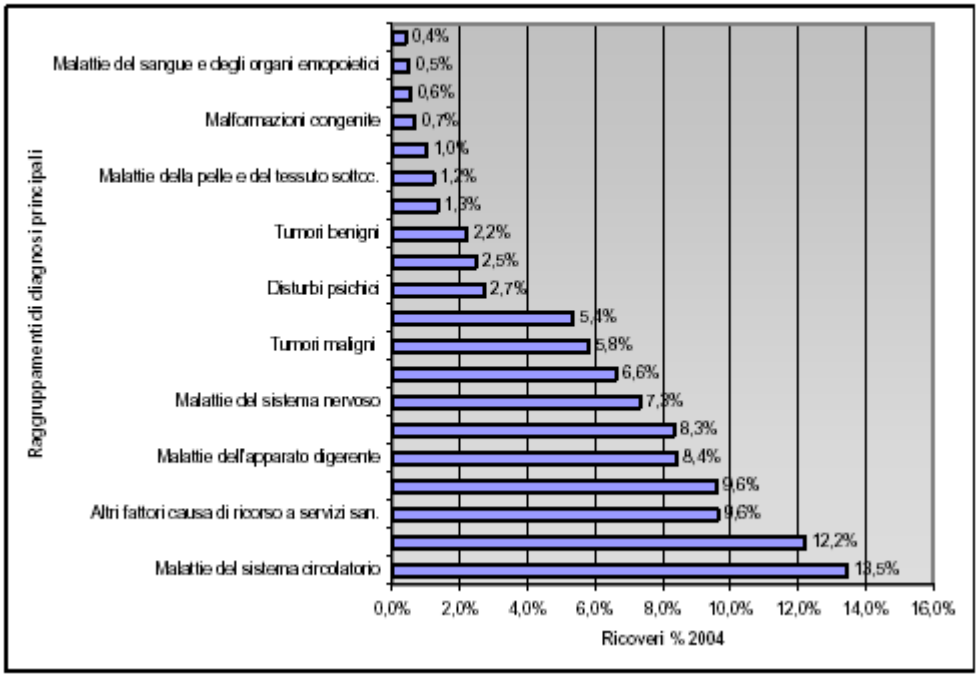
I dati più interessanti che emergono sono quelli relativi a:

- Le malattie dell'apparato respiratorio e quelle dell'apparato digerente, che risultano avere una mortalità molto più elevata rispetto alla media provinciale nella ULSS 5 e molto meno nella ULSS 4
- Nella ULSS 5 risulta una mortalità molto più elevata anche per ustione e per avvelenamento
- Le malattie del sistema nervoso che al contrario hanno una mortalità molto più elevata rispetto alla media provinciale nella ULSS 4 e molto meno elevata nella ULSS 5

Entriamo ora un po' più ne dettaglio delle differenti patologie grazie alle analisi realizzate dalle ULSS 4 e 5 nell'ambito della stesura dei loro piani di zona.

Iniziamo col vedere quali sono le diagnosi principali delle dimissioni ospedaliere relative ai residenti dell'ULSS 5.

Grafico 1. Frequenze percentuali delle diagnosi principali di dimissione, per raggruppamento, dei residenti ULSS5 dimessi dai Presidi Ospedalieri nel 2004 (ricoveri totali 2004=20.894)-



Fonte: Relazione sanitaria 2004 Ulss 5

I dati e i testi riportati derivano in modo particolare dal Piano di Comunità 2004 – 2006 della ULSS 4 e dalla Relazione sanitaria 2004 Ulss 5, estremamente ricco di informazioni in tal senso.

Le malattie cardio-vascolari

Nel territorio dell'ULSS 4 si stima che il numero di nuovi casi di eventi coronarici acuti all'anno sia pari a 350, di cui 250 a carico degli individui di sesso maschile e 100 a carico delle donne[13]. La prevalenza stimata dei casi di infarto è invece pari a 1.447 per gli uomini e 354 per le donne[14]. La prevalenza dei casi di ictus presenta uno scostamento minore fra gli individui dei due sessi: 1.021 casi per gli uomini e 707 per le donne.
Nel corso del 2004 i ricoveri dei residenti dell'ULSS 5 causati da tali patologie sono stati 2814 , pari al 13,5% dei totale dei ricoveri annui.

La mortalità per malattie cardiovascolari mostra un chiaro trend in discesa, a partire dalla metà degli anni '70 (da allora ad oggi è diminuita del 60%, circa il 3% in meno ogni anno). In particolare per la cardiopatia ischemica la diminuzione della mortalità può essere attribuita per 2/3 ad un calo dei nuovi casi (incidenza) e per 1/3 alla diminuzione della letalità (migliori

[13] Fonte: Piano di Comunità
[14] l'indice di incidenza rappresenta il numero di nuovi casi per una determinata patologia mentre l'indice di prevalenza esprime il numero totale di casi presenti in un determinato momento. La prevalenza di una determinata malattia dipende dall'incidenza e dalla sopravvivenza alla malattia stessa

terapie d'urgenza, es. terapie mediche ed inteventistiche di ricanalizzazione delle coronarie, unità coronariche, ecc.).

Nel territorio dell'Alto Vicentino, in particolare nell'ULSS 4, la malattie cardio-vascolari sono state causa di morte per il 41,2% degli uomini deceduti negli anni 1989-1998 e per il 50,7% delle donne). Per i soggetti con età inferiore ai 65 anni la mortalità per queste patologie è stata rispettivamente pari al 24,8% nei maschi ed al 21,7% nelle femmine (vedi Tab. 31).

	Maschi			Femmine		
	numero	%	tasso	numero	%	tasso
Decessi totale	3.343	41,2	384,60	3.889	50,7	219,20
Decessi < 65 anni	579	24,8	68,10	224	21,7	25,30
Anni di vita persi < 65	515	14,5	/	210	12,8	/

Tab. 31: Mortalità per malattie cardio-vascolari nell'Ulss n.4 (numero, % sul totale dei decessi e tassi standardizzati per 100.000 abitanti) – Anni 1989-1998
Fonte: Servizio Epidemiologico – Elaborazioni sulla mortalità dell'Ulss n.4 – Anni 1989-1998

Rispetto alla media regionale nell'Ulss n. 4 si riscontra un eccesso di mortalità sia per il settore delle malattie cardiovascolari in generale che per la cardiopatia ischemica e l'infarto in entrambi i sessi. Per le donne di età inferiore ai 65 anni è stato rilevato, da parte dell'ULSS 4, un eccesso di mortalità pari al 35% per le malattie cardio-vascolari in generale e più precisamente del 54% per le cardiopatie ischemiche e l'infarto e del 43% per le malattie cerebro-vascolari. Tali eccessi di mortalità sembrano essere attribuibili prevalentemente a stili di vita scorretti: fumo di tabacco, dieta con elevato consumo di grassi saturi, sale e alcool, basso consumo di frutta, verdura e cereali integrali, obesità/sedentarietà, che favoriscono l'insorgenza anche di altre patologie correlate. Come evidenziato nel Piano di Comunità, sembra esserci oltre a questi fattori anche una predisposizione genetica per le patologie cardiovascolari nelle popolazioni di origine nordica (cimbri). Per verificare questa ipotesi è attualmente in atto uno studio coordinato dall'Università di Padova che sta interessando il bacino della Val Leogra.

I tumori maligni

La patologia neoplastica rappresenta nel 2004, sommando complessivamente i tumori maligni e benigni, la settima causa di ricovero degli assistiti residenti nell'ULSS 5 (8,02% dei ricoveri), e la seconda causa di morte. I ricoveri registrati per patologie neoplastiche, maligne e benigne, sono stati 1677 nel 2004 contro 1882 nel 2003.
Nel 2004 il 72,5% (1.216) delle diagnosi per neoplasie sono per tumori maligni (ICD9-CM 140-208) e il 27,5% (461) per tumori benigni (ICD9-CM 210-239).

La stima dei casi di tumori nel territorio dell'ULSS 4, pur rappresentando una un'approssimazione, offre informazioni importanti[15].

[15] Questo studio è stato realizzato dall'ULSS 4 applicando i tassi derivati dallo studio "ITAPREVAL" alla popolazione residente nel territorio al 01/01/2000. Lo studio "ITAPREVAL" ha coinvolto tutti i registri tumori italiani dalla loro fondazione (range: 1978 – registri di Varese e Parma e 1987 registro Veneto) al 1992

ICD IX	Sede	Stima del n. di casi
151	Stomaco	200
153	Colon	383
154	Retto	199
161	Laringe	260
162	Trachea, bronchi e polmoni	173
172	Melanoma cutaneo	135
174	Mammella (donna)	1.016
180	Cervice uterina	133
182	Corpo dell'utero	240
183	Ovaio ecc.	100
185	Prostata	171
188	Vescica	506
189	Rene	201
193	Tiroide	138
200, 202	Linfomi non Hodgkin	204
140-208 eccetto 173	Tutti i siti eccetto altri tumori cutanei	4.800

Tab. 25: Stima del numero di casi di cancro nell'Ulss n.4 – Anno 2000
Fonte: Elaborazioni su dati dello Studio ITAPREVAL 1992

Il numero più elevato di casi si riscontra per quei tumori che oltre ad avere una maggior frequenza hanno anche una discreta sopravvivenza. Questo è il caso del tumore della mammella nella donna, che da solo raggiunge circa un quarto dei casi totali di cancro, con rispettivamente 1.016 casi stimati. Si può riscontrare anche un importante numero di casi per il cancro della vescica (506) e per quello della laringe (260 casi stimati): questi tumori pur non essendo molto frequenti presentano una buona sopravvivenza. Al contrario il tumore del polmone, più frequente nel sesso maschile, presenta un numero di casi relativamente piccolo (173), data la bassa probabilità di sopravvivenza.

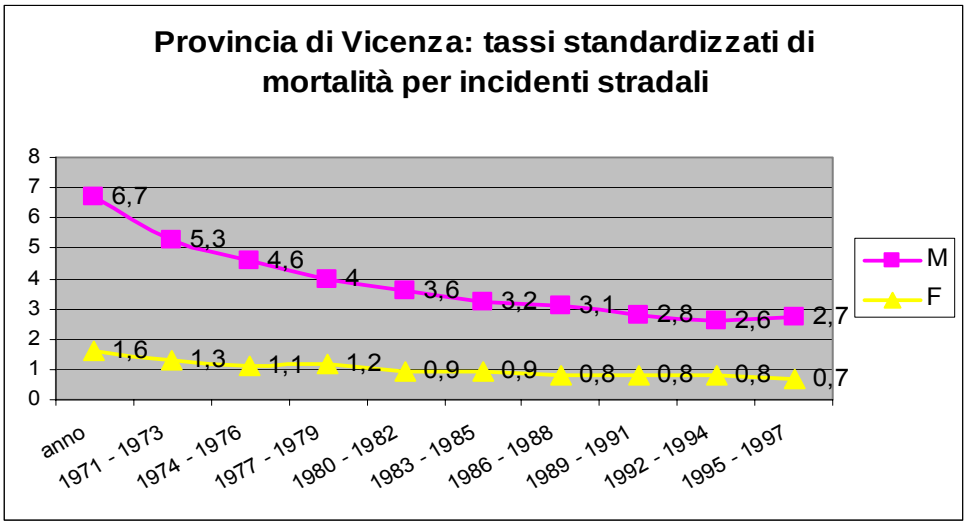
Il cancro, nel suo insieme, ha presentato negli anni recenti una flessione della mortalità che è rilevabile anche nella provincia di Vicenza. Questo è dovuto ai miglioramenti terapeutici intervenuti nella cura di tumori frequenti, quali il cancro della mammella, del grosso intestino e della prostata mentre la diminuzione della mortalità dovuta al cancro al polmone e allo stomaco è attribuibile alla riduzione dell'abitudine al fumo e al miglioramento dei sistemi di conservazione dei cibi.

Gli studi statistici effettuati nell'ULSS 4 relativi al confronto con la mortalità per tumore a livello provinciale hanno permesso di osservare che per i maschi non si evidenziano particolari eccessi o flessioni della mortalità. Per quanto riguarda le femmine si riscontra un eccesso significativo di mortalità del 37% rispetto alla media provinciale per il tumore del fegato.

Gli incidenti stradali

Come in Italia e nel Veneto, anche nell'Alto Vicentino gli incidenti stradali costituiscono la principale causa di morte per i giovani adulti. Nonostante l'aumento del numero di incidenti nel corso degli ultimi dieci anni, l'indice di mortalità è tuttavia andato diminuendo, grazie

all'introduzione di strumenti di sicurezza (quali air-bag e barre di protezione) ed all'uso obbligatorio di dispositivi come le cinture e i seggiolini per bambini.
Anche nel territorio provinciale si è avuto comunque negli ultimi anni un trend in forte diminuzione, come è possibile osservare dal grafico seguente:



Tra le regioni italiane il Veneto è una di quelle in cui la mortalità per incidenti stradali è più elevata: il tasso di mortalità nel 2002 è risultato infatti pari a 3,3 contro 2,8 della media nazionale[16]. Gli studi mostrano che la mortalità per incidenti stradali nel Veneto colpisce in maniera differente uomini e donne: nel corso del 1997 i maschi deceduti per questa causa erano in numero quasi tre volte superiore alla femmine.

	Maschi		Femmine	
	n.	% sul totale	n.	% sul totale
Decessi	661	3,1	229	1,0
Anni di vita persi < 65	15.364	19,5	4.298	11,3

Tab. 22: Mortalità per incidenti stradali nel Veneto
Fonte: Flusso regionale mortalità - anno 1997.

Nel territorio dell'Alto Vicentino, in particolare nel territorio dell'ULSS 4, gli incidenti stradali rappresentano il 2,9% del totale dei decessi nei maschi e quasi l'1,0% dei decessi nelle femmine. Considerando i soggetti di età inferiore a 65 anni, questo dato aumenta enormemente fino a raggiungere l'8,0% per gli uomini e il 4,4% per le donne.

	MASCHI		tassi standardizz.	FEMMINE		tassi standardizz.
	n.	% su tot.	x 100.000 ab.	n.	% su tot.	x 100.000 ab.
Decessi tot.	232	2,9	26,8	68	0,9	6,9
Decessi < 65 anni	187	8,0	22,0	45	4,4	5,5
Anni di vita persi < 65	565,3	15,9	/	119,6	7,3	/

Tab. 23: Mortalità per incidenti stradali nell'Ulss n.4 – Anni 1989-1998
Fonte: Servizio Epidemiologico – Elaborazione sulla mortalità dell'Ulss n.4 – 1989-1998

[16] Fonte:Elaborazione Regione Veneto - Sistar su dati ACI

Utilizzando l'analisi già precedentemente presentata[17] relativamente ai differenziali di mortalità tra la media provinciale e il dato per ULSS, pur considerando che gli autori dello studio non garantiscono la significatività del dato (per il numero troppo ridotto di casi), si osserva una maggiore mortalità per incidente stradale in entrambi i territori rispetto alla media provinciale, a parte per le donne residenti nella ULSS 4.

Differenziali di mortalità per INCIDENTE STRADALE nelle ULSS 4 e 5 rispetto ai dati complessivi della Provincia di Vicenza

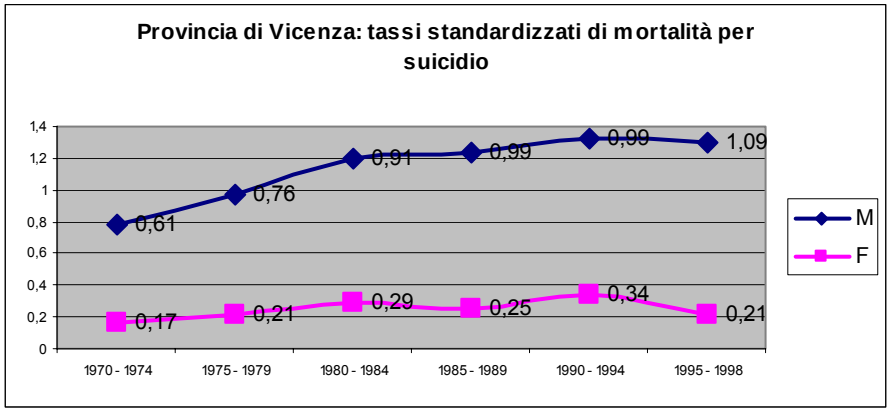
	ULSS 4					ULSS 5			
	maschi		femmine			maschi		femmine	
	> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità		> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità
Tutte le età	1.05			0.89		1.12		1.22	
< di 65 anni	1.16			0.93		1.03		1.03	

Fonte: elaborazione Irs sulla base dei dati di fonte Provincia di Vicenza, ULSS 4, *Priorità di sanità pubblica nella provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da una analisi di mortalità*

I suicidi

Un ultimo dato da considerare con molta attenzione è quello legato al fenomeno dei suicidi. Lo studio del confronto tra i dati di mortalità relativi all'ULSS 4, e quelli relativi alla regione Veneto[18] ha evidenziato che il fenomeno del suicidio presenta un numero quasi doppio di decessi, rispetto alla media regionale, nelle donne di età inferiore a 65 anni e negli uomini (per questi ultimi, anche in età superiore ai 65 anni). Nella Provincia di Vicenza il suicidio rappresenta la seconda causa di morte dopo l'incidente stradale tra i giovani uomini tra i 15 e i 29 anni[19]

Come è possibile osservare dal grafico che segue il trend negli ultimi anni a livello provinciale sembra essere in forte crescita per i maschi e stabile per le donne:



[17] Provincia di Vicenza, ULSS 4, *Priorità di sanità pubblica nella provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da una analisi di mortalità*
[18] Piano di Comunità – Ulss 4
[19] Provincia di Vicenza, ULSS 4, *Priorità di sanità pubblica nella provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da una analisi di mortalità*

Il confronto invece tra i dati provinciali e quelli relativi alle 2 ULSS evidenzia che mentre i maschi della ULSS n.4 hanno un tasso di mortalità anche superiore a quello già elevatissimo della Provincia, per le donne e presso la ULSS n.5 i dati sono pressoché analoghi, se non inferiori rispetto alla media provinciale.

Differenziali di mortalità per SUICIDIO nelle ULSS 4 e 5 rispetto ai dati complessivi della Provincia di Vicenza

	ULSS 4					ULSS 5			
	maschi		femmine			maschi		femmine	
	> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità		> mortalità	< mortalità	> mortalità	< mortalità
Tutte le età	1.21			0.95			0.98		0.90
< di 65 anni	1.26			0.94		1.04			0.90

Fonte: elaborazione Irs sulla base dei dati di fonte Provincia di Vicenza, ULSS 4, *Priorità di sanità pubblica nella provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da una analisi di mortalità*

Come evidenziato dalla Relazione socio-sanitaria della regione Veneto 2004 tra i traumi volontari il suicidio è diventato un serio problema di sanità pubblica, anche perché i dati sembrano essere sottostimati, in quanto molti episodi non vengono riconosciuti come tali.

3.3 Bisogni e tendenze generali della domanda e offerta di servizi socio-sanitari del territorio dell'Alto Vicentino rivolti ai gruppi più vulnerabili della popolazione

Alcune fasce della popolazione appaiono dalle ***analisi condotte nei piani di zona delle Ulss 4 e 5*** come particolarmente vulnerabili: si tratta degli anziani, dei disabili e delle nuove aree di marginalità. Mentre per l'analisi relativa agli anziani rimandiamo allo specifico approfondimento tematico nel capitolo 4 del rapporto, e per i disabili viene presentata di seguito una descrizione molto dettagliata delle dimensioni del fenomeno e delle principali problematiche associate alla specifica situazione di vulnerabilità, oltre che del livello e della qualità del sistema di offerta locale, lo stesso non può essere fatto, se non in modo molto più approssimativo, per le nuove marginalità, dato che si tratta di un tema ancora troppo poco analizzato nelle ricerche e nei documenti programmatori esistenti. Le specifiche problematiche legate all'immigrazione non sono invece state trattate dato che presso la Fondazione Palazzo Festari è attivo lo specifico Osservatorio sull'integrazione.

3.3.1 I disabili

La dimensione del fenomeno

Delineare le principali dimensioni delle disabilità presenti nel territorio dell'Alto Vicentino non è facile poiché i dati sono aggregati per Azienda ULSS e vengono raccolti ed elaborati in modo non sempre omogeneo.

Una prima indicazione relativamente al numero di persone affette da disabilità deriva senz'altro dal dato riguardante le certificazioni di invalidità civile.
I dati relativi all'ULSS 4 ci dicono che 10.487 persone, pari al 6% degli abitanti, sono persone con una qualche forma di invalidità. Fra queste, lo 0,2% è costituito da minori titolari di indennità di frequenza o di accompagnamento (in totale 286).

Certificazioni di invalidità civile - Anno 2000		
Grado di invalidità	*N. di persone con invalidità*	*% sulla popolazione*
invalidità tra il 34% e il 45%	1.531	0,9%
invalidità tra il 46% e il 67%	2.031	1,2%
invalidità tra il 68% e il 73%	1.597	0,9%
invalidità tra il 74% e il 99%	1.357	0,8%
invalidità 100%	934	0,5%
invalidità 100% con accompagnamento	2.751	1,6%
Minori con indennità di frequenza	207	0,1%
Minori con accompagnamento	79	0,1%
Totale	10.487	6,0%

Fonte: Ufficio Medicina Legale dell'ULSS 4 - Tratto dal Piano di Comunità

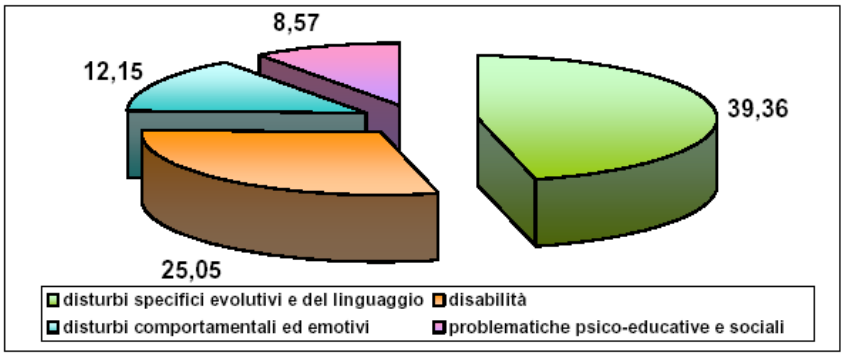
Non avendo a disposizione i dati della Ulss 5 utilizziamo le % sulla popolazione per effettuare una stima del numero di soggetti con una qualche forma di disabilità residenti nel territorio dell'Alto Vicentino

Stima del numero di certificazioni di invalidità civile nell'Alto Vicentino base della distribuzione nella popolazione rilevata presso la Ulss 4 Anno 2000 e popolazione al 2001		
Grado di invalidità	***N. di persone con invalidità***	***% sulla popolazione***
invalidità tra il 34% e il 45%	2.151	0,9%
invalidità tra il 46% e il 67%	2.867	1,2%
invalidità tra il 68% e il 73%	2.151	0,9%
invalidità tra il 74% e il 99%	1.912	0,8%
invalidità 100%	1.195	0,5%
invalidità 100% con accompagnamento	3.823	1,6%
Minori con indennità di frequenza	239	0,1%
Minori con accompagnamento	239	0,1%
Totale	14.576	6,0%
Fonte: Elaborazioni Irs		

La stima elaborata dall'Irs dunque prevederebbe la presenza sul territorio dell'Alto Vicentino di circa 14.500 persone con una qualche forma di disabilità, 3823 dei quali con invalidità al 100% e indennità di accompagnamento.

Per entrare un po' più ne dettaglio relativamente alle tipologie di disabilità si può osservare l'analisi effettuata nel territorio dell'ULSS 5, dove il Piano di Zona riporta che nel corso del 2002 i soggetti disabili afferenti al servizio rivolto agli individui in Età Evolutiva sono stati 1621. Di questi, quasi il 40% ha manifestato disturbi specifici evolutivi e del linguaggio, mentre al 25% stata diagnosticata una disabilità. Infine il 12% si è rivolto ai servizi per disturbi comportamentali ed emotivi e quasi il 9% per problematiche psico-educative e sociali.

Patologie soggetti diagnosticati dall'Unità Operativa Età Evolutiva/Handicap Età Evolutiva anno 2002
(le percentuali si riferiscono al Totale dei soggetti afferiti al Servizio: 2002: **n.1621**)



Fonte Piano di Zona Ulss 5

I bisogni della popolazione disabile e delle loro famiglie

La persona disabile, così come ogni cittadino, è titolare dei diritti costituzionalmente garantiti; nella realtà quotidiana è portatrice di esigenze connaturate al suo essere persona e di bisogni collegati alla sua disabilità, ma anche di poter sviluppare e veder valorizzate nel contesto sociale le proprie potenzialità e risorse.

Questa centralità della persona è la base sulla quale i Servizi pubblici e privati definiscono e coordinano i propri obiettivi e la propria azione. Come ben descritto dal Piani di zona della Ulss n.6 (di cui fa parte il Comune di Isola Vicentina) la **famiglia**, che per tutti rappresenta il primo e fondamentale nucleo della vita sociale, nel caso della persona disabile è anche la prima e più importante agenzia sociale che se ne fa carico dal momento della nascita o dal momento invalidante. Talora essa esprime ciò che la persona disabile non riesce ad esprimere e nello stesso tempo è la principale testimone della positività e negatività dell'ambiente in cui la persona disabile vive.
E' indubbio che la condizione di disabilità rende più difficile quella evoluzione che normalmente porta la persona a differenziarsi e a rendersi autonoma dalla famiglia; l'obiettivo dei Servizi è, allora, anzitutto quello di promuovere ogni possibile intervento per potenziare l'autonomia del disabile e garantirgli la fruizione dei diritti di cittadinanza e in secondo luogo nel supportare l'azione della famiglia.
I progetti contenuti nei Piani di zona e di Comunità sono quindi finalizzati anzitutto a favorire i processi di autonomia, integrazione e cittadinanza a salvaguardia della dignità della persona disabile e, in secondo luogo a valorizzare e sostenere l'impegno familiare, mediante apporti professionali e sostegno sociale; l'intervento economico non deve essere sostitutivo, ma solo integrativo dei servizi, quando necessario e limitato nel tempo.

Nell'ambito ULSS 5 la lettura del bisogno è stata distinta in base all'età dei soggetti disabili. L'analisi effettuata sembra sufficientemente sviluppata da poter essere senz'altro estesa agli altri territori dell'Alto Vicentino. Si tratterà poi di fare verifiche più specifiche nell'ambito di futuri eventuali approfondimenti sull'area disabili.
Per quanto riguarda i **soggetti in Età Evolutiva**, i bisogni identificati nel Piano di Zona riguardano:

- La **prevenzione/riabilitazione dei disturbi dello sviluppo motorio-psicomotorio-linguistico-cognitivo-neuropsicologico**: c'è la necessità di un intervento riabilitativo precoce nelle condizioni in cui vi è il rischio di sviluppo di disabilità (motoria, psicomotoria, verbale, cognitiva). L'intervento precoce è importante al fine di operare un intervento di riabilitazione (anche in età da asilo nido o scuola materna), prima che il disturbo arrivi ad avere un carattere di gravità.
- La **disabilità legata ai temi dell'immigrazione e genitorialità**: vi è un incremento di soggetti in età evolutiva con gravi patologie disabilitanti di origine straniera. In questi casi vi è la necessità di attivare dei servizi riabilitativi, in particolare dopo la dimissione ospedaliera, per aiutare le famiglie ad accogliere in maniera adeguata (dal punto di vista ambientale) il piccolo disabile.

- la **prevenzione del disagio** (ossia una serie di interventi sui casi "non certificati", ma inviati ai servizi da parte della scuola sulla base di un disagio manifesto): vi sono una serie di situazioni di disagio cognitivo-comportamentale-relazionale segnalate dalla scuola, che riguardano un disagio "non certificato" ossia che non rientra né in una malattia, né inn una disabilità, né in una patologia diagnosticabile, né in una problematica di tutela. In questi casi vi è la necessità di un coinvolgimento e di una collaborazione tra la scuola, la famiglia e i servizi per offrire un concreto appoggio assistenziale e terapeutico. Vi è a tal fine la necessità di offrire un sostegno (psicologico) ai genitori al fine di un adeguato svolgimento della propria funzione educativa.
- **la prevenzione del disagio nella preadolescenza**: i giovani disabili in età compresa fra gli 11 e i 16 anni che si trovano in una situazione di svantaggio socio-economico e socio-culturale, non hanno a disposizione spazi per la socializzazione e l'aggregazione che consentano di realizzare interventi pomeridiani di supporto socio-educativo.
- la **preadolescenza/adolescenza problematica,** ossia l'assistenza specifica per i preadolescenti e adolescenti con psicopatologia grave (psicosi, tentati suicidi, borderline, depressioni gravi): i ragazzi con problematiche psico-patologiche gravi (gravemente depressi o con disturbi del comportamento con manifestazioni aggressive, ansiose con agiti a danno del proprio corpo) hanno necessità di ricevere interventi terapeutico-riabilitativi integrati con progetti socio-educativi che evitino di ricorrere all'istituzionalizzazione (comunità terapeutica o casa-famiglia). Le famiglie, allo stesso tempo portatrici di un disagio che talvolta si esprime attraverso conflittualità e separazioni, hanno necessità di essere sostenute, in senso psicologico.
- **l'autismo** o il Disturbo Generalizzato dello Sviluppo: le famiglie che hanno al proprio interno un figlio affetto da autismo o dal disturbo generalizzato dello sviluppo psicologico, chiedono risposte "efficaci e qualificate" ai loro bisogni e manifestano difficoltà nella gestione del disturbo a livello familiare.
- **la disabilità in** età giovanile: i soggetti di età fra i 14-15 anni, che terminano il percorso della scuola dell'obbligo (uscita dalla terza media), e che hanno una grave o gravissima disabilità (che sono, quindi, non autosufficienti), hanno la necessità di ricevere un sostegno personalizzato all'interno di strutture alternative ai consueti percorsi formativi al fine di raggiungere l'integrazione sociale compiendo un proprio percorso educativo. Le famiglie, hanno la necessità di essere supportate nel corso dell'intervento assistenziale/educativo e di integrazione sociale dei propri figli (questo in particolare per i residenti nella zona centro-sud).

Per quanto riguarda la disabilità in età adulta, nell'ambito dell'ULSS 5 la lettura dei bisogni ha evidenziato:

- **residenzialità:** necessità di differenziare i programmi di accoglienza e la tipologia di strutture in funzione dei bisogni personali, relazionali e assistenziali dell'utenza; bisogni di informazione e consulenza alle famiglie; Restano scoperte alcune esigenze particolari:

- Bisogno di sostegno abitativo per persone con lieve o media disabilità che non necessitano di assistenza continuativa, prive di sufficiente supporto familiare.
- Necessità di riservare spazi presso le comunità alloggio o le strutture residenziali esistenti per persone con insufficiente autonomia abitativa e con disabilità grave
- Bisogno di abitazione assistita per adulti con grave disabilità motoria
- Insufficiente informazione e consulenza alle famiglie sulle scelte e gli orientamenti da prendere per il futuro, per il "dopo di noi", la gestione patrimoniale e delle risorse economiche, la tutela legale.
- Bisogno di preparazione dei familiari e soprattutto dei genitori, sul piano psicologico e culturale, nei confronti di scelte quali l'affidamento ad un servizio residenziale o l'autonomia abitativa di un familiare con disabilità
- Necessità di reti sociali di sostegno alle comunità e ai gruppi appartamento
- Comunità alloggio nella zona Nord al limite di capienza, con presenza di lista d'attesa.

- **sollievo e tempo libero per le famiglie**: Le famiglie che hanno al loro interno componenti con gravi disabilità, manifestano il bisogno di sollievo e di tempo libero per essere in grado di affrontare il notevole carico assistenziale. In questo senso vi è la necessità di offrire servizi di accoglienza breve, anche semiresidenziale o diurna e una adeguata informazione in merito a queste opportunità ed al loro utilizzo.
- **servizio domiciliare:** nonostante il bisogno di aiuto delle famiglie che hanno al loro interno un disabile, si è osservato uno scarso ricorso al servizio domiciliare (SAD). Il servizio andrebbe quindi promosso e incoraggiato in modo da alleviare le famiglie con pochi mezzi che si fanno completamente carico del lavoro di cura ("fino al limite") e di contenere o prevenire il ricorso ai servizi assistenziali diurni o residenziali. Vi è inoltre la necessità di informare maggiormente le famiglie sulle possibilità di ricevere ausili a domicilio (sollevatori) e di poter provvedere all'abbattimento delle barriere architettoniche domestiche cui spesso le famiglie, nonostante la necessità non provvedono per mancanza di informazione e difficoltà nella gestione delle procedure.
- **trasporto**: vi è la necessità per i disabili che devono recarsi a scuola o al lavoro, per le famiglie che hanno al loro interno disabili gravi, per i soggetti che sono privi del sostegno familiare e che devono recarsi ai centri fisioterapici, socio-assistenziali socio-riabilitativi, di usufruire di un trasporto adeguato. In particolare, il trasporto assistito e attrezzato risulta attualmente carente e il trasporto pubblico è scarso o assente in alcune zone. È stato inoltre segnalato da parte delle famiglie e dei disabili, la frequente difficoltà di parcheggio nelle aree di sosta riservata.
- **servizi diurni:** l'invecchiamento e aggravamento psicofisico delle persone inserite in centri diurni, e l'inserimento di persone giovani con grave disabilità richiedono, dato che le strutture dei servizi diurni sono al completo, di trovare soluzioni interne alle strutture e/o prevedere soluzioni esterne (adeguamento dei programmi e ampliamento delle strutture e del numero del personale).
- carenza di opportunità di **integrazione nel tempo libero**.

Descrizione del sistema dei servizi rivolti ai disabili e analisi dei punti di forza e criticità

Per affrontare le problematiche connesse alla disabilità sul territorio esistono diverse tipologie di servizio.

1. il servizio distrettuale disabilità
2. i Servizi di Integrazione Scolastica e Lavorativa, che hanno lo scopo di supportare l'individuo nello svolgimento della propria attività di studio o di lavoro
3. i Centri Educativi Occupazionali Diurni,
4. i servizi per la residenzialità, costituiti da Comunità-Alloggio e Strutture Residenziali (RSA).
5. A questi servizi si affianca l'offerta di servizi di guida e informazione (come il Servizio Disabilità e l'Informahandicap dell'Ulss 4) che promuovono i progetti a favore della popolazione disabile compresi quelli realizzati da parte del Terzo Settore.

Complessivamente nelle 3 Ulss gli utenti di tali servizi sono 2.025 così distribuiti:

Numero di utenti per tipo di servizio rivolto ai disabili, nelle tre Ulss – 2001

ULSS	Servizio Integrazione Scolastica	Servizio Integrazione Lavorativa	CEOD	Strutture residenziali
4	104	272	150	88
5	3	197	258	41
6	219	156	416	121

Fonte: Osservatorio Regionale Handicap

Tutte le descrizioni e i testi che seguono sono stati necessariamente tratti dai piani di zona e di comunità delle Ulss 4 e 5 e in parte anche della Ulss 6 dato che rappresentano analisi molto dettagliate e complete dello stato dei servizi e delle attività realizzate. Non avrebbe avuto senso effettuare una analisi ulteriore. Nel proseguo delle attività dell'osservatorio sarà invece utile andare a sondare le criticità del sistema e le eventuali necessità di sviluppo coinvolgendo direttamente le organizzazioni di tutela delle famiglie e delle persone disabili, così come è stato fatto, per questo primo anno per l'area anziani.

1) Il Servizio Disabilità del Distretto Socio-Sanitario

Il Servizio Disabilità del Distretto Socio Sanitario, utilizzando le risorse presenti nel territorio, promuove con ogni persona disabile e la sua famiglia la costruzione di un percorso individuale di partecipazione alla vita sociale.

Il servizio è composto da un'équipe di assistenti sociali, educatori, operatori di assistenza specificamente formati ed agisce in raccordo con il medico di fiducia ed in stretta integrazione con i servizi territoriali distrettuali.

Il servizio è presente presso le sedi distrettuali di Schio e Thiene. Attua i seguenti interventi:

accogliere le richieste e fornire informazioni sui servizi e le opportunità disponibili nel territorio e sulle modalità di accesso, sui percorsi certificativi per l'inserimento scolastico, il

riconoscimento dell'handicap, dell'invalidità civile e della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo, su agevolazioni e benefici previsti dalla normativa vigente;
fornire ai minori l'assistenza all'inserimento negli asili nido e nelle scuole di ogni ordine e grado, col-laborando con le scuole e l'U.O. Bambino/famiglia nella gestione del progetto educativo;
favorire la partecipazione dei minori alle attività estive organizzate da Comuni o da altri soggetti;
organizzare e seguire l'inserimento (temporaneo o definitivo) di adolescenti e adulti in strutture diurne e residenziali;
gestire progetti ed iniziative su programmazione regionale che utilizzano fondi specificatamente destinati delle leggi nazionali (L.104/92, L.284/97, L.162/98);
collaborare con associazioni del territorio per la realizzazione di azioni destinate a migliorare ed aumentare le possibilità di integrazione sociale.

Realizza inoltre progetti specifici quali il Progetto Piccola Oasi e il Progetto Caleidoscopio: realizzato in collaborazione con il Comune di Schio, Istituti Scolastici e realtà associative del territorio, offre diversi laboratori di attività (comunicazione alternativa/aumentativa, manipolazione, espressione, psicomotricità) da svolgersi a scuola o in orario extrascolastico per migliorare le capacità di comunicazione e di integrazione sociale del minore con disabilità. Nel periodo estivo l'intervento si rivolge ad adolescenti con disabilità grave e coinvolge studenti delle scuole
superiori. Viene anche realizzato il Progetto Shiatzu da un'associazione di volontariato formata da operatori Shiatzu, l'attività ha lo scopo di fornire situazioni di benessere psicofisico a minori con grave disabilità e un punto di incontro e scambio per i genitori.

Il Piano di Comunità della ULSS 4 segnala che alle persone con disabilità e alle loro famiglie è offerto un intervento sociale, educativo ed assistenziale, che cerca di dare risposte differenziate sulla base delle necessità e delle condizioni individuali, con l'obiettivo di perseguire l'integrazione sociale della persona con disabilità. I percorsi possibili tengono conto sia delle potenzialità del singolo sia del suo contesto di relazioni sociali e tendono a sostenere il pieno accesso alle opportunità di tutti: la scuola, la formazione professionale, il lavoro, il tempo libero, prevedendo maggiore attenzione per le persone con grave disabilità. L'Azienda Ulss e i comuni hanno il compito di favorire il lavoro di rete e di stimolare il pieno coinvolgimento della comunità locale anche attraverso l'attività preziosa del volontariato e dell'associazionismo; tutti gli attori del territorio devono infatti sentirsi protagonisti nel migliorare la qualità della nostra convivenza sociale.
Ogni persona con disabilità usufruisce di un proprio progetto individualizzato, che prevede specifici
sostegni educativi ed assistenziali. Per fare ciò il Servizio Disabilità si avvale di una rete di strutture a gestione diretta e convenzionata operanti sul territorio, quali i Centri Educativi Occupazionali Diurni (CEOD), le Comunità Alloggio e le strutture residenziali. Esso collabora costantemente con la Scuola, con i Servizi Educativi e Sociali dei Comuni, con i Centri di Formazione Professionale, con il Servizio Integrazione Lavorativa, con le Associazioni del

Volontariato e con tutti quei soggetti che nella Comunità contribuiscono a rendere effettivo il diritto di cittadinanza delle persone con disabilità.

2) I servizi di integrazione scolastica e lavorativa

L'integrazione del minore con disabilità è attuata nelle scuole di ogni ordine e grado e negli ultimi anni, grazie alle riforme scolastiche che hanno introdotto il prolungamento dell'obbligo scolastico e formativo e alle mutate condizioni culturali, si è assistito ad un netto incremento di minori inserito nelle scuole superiori e nei percorsi di formazione professionale.
I ciò la scuola è supportata dall'Ulss, come previsto dalla legge 104/92, nella valutazione del tipo di handicap e delle potenzialità del minore, nella definizione del progetto educativo individualizzato, nello stabilire la necessità di un supporto assistenziale individuale (servizi di neuropsichiatria infantile e di psicologia e riabilitazione) e di fornirlo (servizio disabilità), di seguire l'evolversi della situazione complessiva durante l'intero percorso scolastico.
Gli alunni certificati in situazione di handicap e seguiti con queste modalità sono nella Ulss n.4 nell'anno scolastico 2003/04 sono stati 377. La Ulss 5 indica invece che nel 2001 i minori utenti del servizio di integrazione scolastica sono stati 93.

SERVIZIO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA

NOME	NUMERO UTENTI
Unità Operativa per l'Età Evolutiva e l'Handicap *(Distr. Centro-Sud)*	
Unità Operativa per l'Età Evolutiva e l'Handicap *(Distr. Nord)*	
Totale	93

Fonte: "La rete dei Servizi – Persone Disabili – Regione Veneto" - dati al 2001

Le famiglie nel garantire l'inserimento del minore a scuola sono inoltre supportate dai Comuni e dalla Provincia per gli aspetti più di tipo assistenziale, per il trasporto, l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici scolastici, per l'erogazione di sussidi ecc.

L'obiettivo principale del supporto alla integrazione scolastica è quello di garantire all'alunno in situazione di handicap adeguati interventi assistenziali ed educativi, finalizzati all'acquisizione di autonomie personali e sociali, per concorrere ad assicurare il diritto all'istruzione e all'educazione.
Il servizio è gestito per tutti i comuni dell'Alto Vicentino dal Servizio Disabilità distrettuale, si avvale di personale dipendente dell'azienda Ulss e di personale convenzionato.

Vengono poi organizzate una serie di attività volte alla integrazione sociale delle persone disabili e delle loro famiglie. "Le iniziative riguardanti attività ricreative, di socializzazione e vacanza riscontrano un grande interesse e gradimento da parte delle persone disabili e delle loro famiglie. Spesso esse portano un duplice beneficio: alla persona con disabilità che trova spazi di soddisfazione, divertimento e incontro con altri, alla famiglia che può usufruire di momenti per sé, utili a ritrovare l'energia necessaria all'impegno educativo quotidiano. Le attività di socializzazione riescono però a creare effettiva integrazione solo se promosse e realizzate all'interno della Comunità dove vive il disabile. Per questo diventa fondamentale la presenza e l'impegno delle associazioni di volontariato presenti sul territorio, ed è

fondamentale il loro sostegno da parte delle amministrazioni e la condivisione delle iniziative con i servizi."

Le attività di integrazione sociale coinvolgono i minori nel tempo libero da impegni scolastici e gli adulti inseriti al lavoro o frequentanti i CEOD nel fine settimana e nei periodi di ferie.
Si tratta di attività eterogenee, fortemente legate all'ambiente di vita, che si avvalgono delle risorse formali ed informali del territorio, e proprio per questo flessibili e personalizzate.

Per quello che riguarda la Ulss 4 vengono realizzate:

1. **Attività ricreative, culturali, sportive**: organizzate da gruppi e associazioni del territorio (Ass. Accoglienza e collaborazione, Ass. Breganze Solidale, Ass. Cantare Suonando, Ass. Il Girotondo, Gruppo Bucaneve, Gruppo Sorriso, Gruppo Impegno Sociale, Ass. Contro l'Esclusione, Gruppo Volontari Verlata, H81-Insieme, Ass. "Noi per te", UNITALSI, ecc.) propongono modi interessanti di impegnare il tempo libero nei fine settimana e nei periodi festivi.
2. **Centri estivi per minor**i: organizzati da Comuni, Parrocchie, Comitati genitori, ecc, offrono esperienze stimolanti durante le vacanze estive;
3. **Soggiorni estivi:** sono circa 200 le persone che ogni estate usufruiscono dei soggiorni organizzati dall'ULSS, dall'ANFFAS, dalla Cooperativa Sociale Verlata, o da Associazioni di volontariato, quali l'UNITALSI, Il Girotondo, la Comunità Papa Giovanni XXIII;

I Progetti Caleidoscopio e Shiatzu sono già stati descritti ra gli interventi attivati dal distretto.

Nel 2003 è stato inoltre attivato presso il Comune di Schio, lo **"Sportello Città senza barriere – Spazio Tempo Libero**"; esso offre consulenze e occasioni di incontro, programma attività in collaborazione con le associazioni sportive, ricreative, culturali del territorio per favorire nuove forme di gestione del tempo libero da parte delle persone con disabilità.
È infine in via di realizzazione un ulteriore **servizio pomeridiano**, localizzato nel Comune di Thiene, che andrà ad aumentare e qualificare le risposte a bambini con disabilità e alle loro famiglie.

3) I Centri Educativi Occupazionali Diurni

Il Centro Educativo Occupazionale Diurno è un servizio territoriale a carattere diurno che accoglie persone in condizione di disabilità psico-fisica grave, in età post-scolare, all'interno di un clima sereno, con momenti di ascolto, di contenimento, di affetto, di rispetto per ciò che ogni persona possiede ed è in grado di insegnare.
Le attività programmate hanno valenza prevalentemente educativa ed assistenziale e vengono sviluppate attraverso programmi individualizzati finalizzati al mantenimento del benessere psico-fisico, di abilità e autonomie, allo sviluppo di potenzialità personali e all'acquisizione di abilità specifiche.
Ogni CEOD è organizzato con strategie operative e modalità di intervento diversificate e integrate.
Ognuno di essi prevede la presenza di due tipologie fondamentali di attività:

Attività dirette a favorire lo sviluppo armonico e globale della persona:

- interventi personalizzati mirati a sviluppare al massimo l'autonomia personale sia all'interno del centro sia nella realtà sociale;
- attività finalizzate alla migliore espressione dei propri vissuti attraverso la ricerca e l'utilizzo di diverse forme di comunicazione;
- interventi mirati al controllo dell'ansia, al rilassamento muscolare, al raggiungimento di abilità motorie in situazioni diverse dal proprio ambiente di vita (piscina, palestra, musicoterapia, shiatsu, ecc.);
- momenti di esperienze lavorative specifiche e guidate presso cooperative sociali e altre realtà;
- iniziative rivolte all'ambiente di appartenenza finalizzate alla sensibilizzazione, alla conoscenza e all'integrazione dei disabili nel loro ambiente;

Attività di laboratori specifici, organizzati all'interno di ogni singolo centro, per lo sviluppo di abilità specifiche ad eseguire un compito attraverso modalità, tempi e ritmi adeguati, utilizzando materiale e strumenti diversificati. I diversi laboratori possono essere fra loro integrati nelle varie fasi della lavorazione dei prodotti.

I Centri Educativi Occupazionali Diurni presenti nella Provincia di Vicenza sono 54 e come numerosità sono secondi solo alla Provincia di Verona con un ammontare complessivo di posti pari a 1.005. Nello specifico nelle 2 Ulss rientranti nell'Alto Vicentino i centri rilevati sono 21 con 416 posti disponibili a cui si aggiungono i 26 centri della confinante Ulss 6 (a cui appartiene il Comune di isola Vicentina) con ulteriori 457 posti.

Centri socio-educativi occupazionali (CEOD) e numero posti disponibili per Azienda ULSS – 2002

	Centri	*N. Posti*	*popolazione residente*	*% sulla popolazione residente*
4	***8***	160	179.250	0,09
5	***13***	256	170.968	0,15
6	***26***	457	300.519	0,15
Totale	**47**	873	650.737	0,13

Fonte: Elaborazione Irs su dati Osservatorio Regionale Handicap

Nel territorio dell'Ulss n.4 nel 2003 sono risultati attivi 8 centri educativi occupazionali diurni che accolgono 162 persone disabili, dislocati nei seguenti Comuni: Lugo di Vicenza, a Malo, a Santorso, A Schio ce ne sono due: il Centro Occupazionale "Tapparelli" e il Centro Valbella ANFFAS, a Torrebelvicino (dove è collocato il secondo centro ANFFAS), a Velo d'Astico e a Villaverla doce c'è il Ceod Verlata. In particolare nell'ultimo periodo, nel territorio si è assistito ad un processo di adeguamento dell'offerta sia per migliorare le strutture esistenti (CEOD di Lugo, Valbella e Tapparelli di Schio) sia per potenziarle con l'apertura di una nuova struttura, ubicata a Torrebelvicino. L'avvio della costruzione del CEOD di Chiuppano è prevista entro la primavera del 2005 e la conclusione entro giugno 2006 e ospiterà 20 persone. Questo

consentirà, oltre al potenziamento dell'offerta, una maggiore integrazione nel territorio di residenza.

Ulss 4: Posti nei CEOD negli anni 2002 e 2004 e % sulle persone disabili gravi residenti nel territorio		
Ceod	***posti al 31/12/2002***	***posti al 31/12/2005***
Anffas 1 Schio	30	30
Anffas 2 Santorso	10	?
Anffas 3 Velo	29	29
Centro Tapparelli	8	10
Ceod Malo	19	23
Ceod Lugo	13	13
Ceod Santorso	13	?
Ceod Verlata	32	33
Ceod Torrebelvicino	0	20
Ceod Chiuppano	0	20
Vita Indipendente	0	10
Totale	***154***	***188***
% sulla persone disabili residenti nella Ulss 4	**1,5**	**1,8**
% sulla stima di persone disabili gravi (100% con o senza accompagnamento) residenti nella Ulss 4	**4,2**	**5,1**
Fonte: Elaborazione Irs su dati Piano di Comunità		

Ovviamente la maggior parte delle forme di disabilità più lievi, ed in particolare tutte quelle certificate derivanti da incidenti sul lavoro, non rappresentano certo il target del servizio. Considerando solamente le persone con disabilità pari al 100% con o senza accompagnamento si osserva che i posti disponibili ogni 100 disabili residenti salgono a 4,2% e a 5,1% per il 2005.

Sempre nella Ulss 4 la rete di servizi si è ampliata inoltre con la riqualificazione del centro "Vita indipendente" gestito dall'IPAB La Pieve in centro diurno per disabili.

La definizione della nuova offerta di semi–residenzialità (nuovo Ceod a Torrebelvicino, nuovo Ceod a Chiuppano e ampliamento Ceod Lugo) ha portato a fine del 2003 un aumento dei posti in Ceod tali da assorbire, nel medio periodo, la prevedibile domanda di nuova utenza che presenta i criteri di gravità. Complessivamente la rete dei centri diurni è costituita da 9 strutture per un totale di 188 posti. La gestione del servizio è in parte affidata a soggetti del Privato sociale.

Per quanto riguarda la Ulss 5 I posti disponibili presso i vari CEOD del territorio sono 258:

ULSS 5: Utenti disabili al 31.12.2001

SERVIZIO DI INTEGRAZIONE LAVORATIVA (AL 31.12.2000)

NOME	NUMERO UTENTI
Servizio di Integrazione Lavorativa	197

CEOD

NOME	NUMERO UTENTI
Ceod Aias	12
Prog. Giovani Disab. Arzignano	10
Prog. Socio Riabilit. Primula	35
Ceod Piano Infinito	34
P. Socio Riabilit. Recoaro Solidale	26
Ceod Moby Dick	21
Ceod Maglio	30
Prog. Soc. Riab. Per Traumatizzati No Problem	10
Prog. Socio-Riab. Albatros	15
Ceod A.N.F.F.A.S. 5	30
L'Eco	19
Prog. Giovani Disab. Valdagno	16
Totale	258

Fonte: "La rete dei Servizi – Persone Disabili – Regione Veneto"

La rete dei servizi diurni e residenziali della Ulss 5 è stata ampliata nel corso del triennio 2002-2004, con l'aumento di capienza di alcuni servizi e la presenza di nuove realtà territoriali, in particolare residenziali, ad opera del Privato Sociale.
Sono da segnalare, per il rilievo sull'utenza e le famiglie, l'apertura di **due nuovi programmi diurni**:

1. **Progetto Alta Valle**, con sede a Crespadoro, in gestione diretta
2. **Programma "Diamoci tempo"**, con sede a Valdagno, gestito in convenzione con la Cooperativa Sociale "Primula".

Entrambi questi programmi rispondono a tematiche emerse nel Piano di Zona, approvato peraltro nel mese di dicembre 2004, in particolare all'esigenza di ampliare la ricettività dei servizi diurni, per accogliere i giovani, e di adeguare la tipologia dei servizi a nuovi bisogni, quali la gravità e l'invecchiamento.
Sono stati elaborati due nuovi progetti, uno per l'età avanzata e uno per la riabilitazione sociale integrata, che ha anche ottenuto un finanziamento regionale.

4) Le Strutture Residenziali

I servizi residenziali si rivolgono a disabili con gravi limitazioni nell'autonomia, nella cui valutazione multidimensionale risulti comunque inequivocabile l'impossibilità di permanere presso il proprio domicilio, anche se supportati da altri tipi di intervento.
Hanno finalità di accoglienza, gestione della vita quotidiana, miglioramento/mantenimento delle abilità residue della persona accolta. Le comunità residenziali si distinguono in RSA e comunità alloggio a seconda del numero di posti e del bisogno assistenziale richiesto. Le RSA hanno una capacità ricettiva di minimo 20 ospiti, fino a un massimo di 40, comunque organizzati in nuclei di 20. La capacità ricettiva delle comunità alloggio arriva ad un massimo di 8 posti più 2 posti in pronta accoglienza o accoglienza programmata.

Le Strutture Residenziali in Provincia di Vicenza sono 22, anche in questo caso meno solo della provincia di Verona. Il numero di posti disponibili è pari a 466 e costituisce il 19,5% dei posti disponibili nell'intera regione.

Nello specifico questa è l'offerta rilevata nelle 3 Ulss di riferimento con la % sulla popolazione residente:

Strutture residenziali per persone con disabilità e numero posti disponibili per Azienda ULSS – 2002

	Centri	*N. Posti*	*popolazione residente*	*% sulla popolazione residente*
4	***4***	97	179.250	0,05
5	***3***	43	170.968	0,03
6	***11***	155	300.519	0,05
Totale	**18**	295	650.737	0,05

Fonte: Elaborazione Irs su dati Osservatorio Regionale Handicap

Il numero di posti complessivo risponde alle indicazioni della programmazione regionale con un parametro del 0,5%, tranne che nella Ulss 5 dove con i dati a disposizione, l'offerta appare in parte sottodimensionata.

Facendo anche in questo caso una analisi di quanti siano i posti disponibili sul totale delle persone disabili residenti sul territorio con disabilità pari al 100% con o senza accompagnamento il tasso di copertura potenziale è solo l'8% (ovvero solo l'8% della popolazione disabile grave ha potenzialmente un posto in struttura).

Al fine permettere alle famiglie con persone disabili gravi inseriti in strutture residenziali di sostenere il costo delle rette con il solo contributo della persona disabile nel precedente Piano di Zona della Ulss 4 è stato realizzato un regolamento di accesso condiviso con le associazioni più rappresentative delle famiglie di persone disabili presenti nel territorio ed approvato dalla Conferenza dei Sindaci. Si tratta del progetto "sistema di garanzia per la residenzialità disabili" Al 31 dicembre 2003, gli utenti disabili inseriti nel progetto erano complessivamente 31 su un totale di 98 utenti disabili inseriti in comunità residenziali.

Nel territorio dell'Ulss 4 sono presenti due comunità alloggio e due RSA. Accanto a tali strutture l'Ulss si avvale di altre strutture, preferibilmente nell'ambito provinciale, con le quali ha un rapporto di convenzione per la gestione di casi "storici" e che sono stati inseriti nel progetto "sistema di garanzia per la residenzialità disabili" previsto nel procedente Piano di Zona.

5) I servizi di guida e informazione

Lo Sportello Unico per l'Invalidità a Thiene ed è strutturato in quattro diversi uffici: l'Informa Handicap, Invalidi Civili, Protesi ed Ausili, Benefici Economici che erogano servizi diversi a seconda della loro caratterizzazione.

1. L**'Ufficio Informa Handicap** fornisce informazioni inerenti alle agevolazioni fiscali per disabili, accessibilità e richieste per contributi per l'eliminazione di barriere architettoniche, permessi lavorativi previsti dalla Legge 104/92.
2. L**'Ufficio Invalidi Civili** provvede a raccogliere le domande di invalidità civile, cecità, sordomutismo, riconoscimento dello stato di handicap e accertamento stato di disabilità, fornisce inoltre informazioni specifiche sull'invalidità, sulla documentazione da allegare alle domande e sui tempi di attesa per le visite.
3. L**'Ufficio Protesi ed Ausili** fornisce informazioni sulle forniture protesiche e fornisce le protesi ed ausili previsti dal Nomenclatore Tariffario.
4. L**'Ufficio Benefici Economici** è preposto all'istruttoria per le provvidenze economiche degli invalidi e fornisce informazioni relative ad assegni, pensioni di invalidità o indennità di accompagnamento o di frequenza.

I punti di forza e le criticità della assistenza alle persone con disabilità

La lettura dell'esistente ha evidenziato in quest'area la presenza di una rete articolata di servizi che rispondono ai principali bisogni delle persone con disabilità in età adulta. La rete è costituita da servizi domiciliari, diurni, residenziali, a gestione diretta o convenzionata, e da servizi sociosanitari che effettuano una presa in carico dell'utenza o interventi di valutazione e consulenza su aspetti specifici (U.O. Disabilità Età Adulta, Unità Valutativa Multi Dimensionale, servizi del Dipartimento Salute Mentale, Servizio Integrazione Lavorativa, Servizio Sociale Comunale).
La rete dei servizi diurni e residenziali è stata ampliata nel corso del triennio del precedente Piano di Zona, con l'aumento di capienza di alcuni servizi e la presenza di nuove realtà territoriali, in particolare residenziali, ad opera del Privato Sociale. Sono cresciute anche le realtà associative dei familiari o genitori, con una maggiore presenza di associazioni nel territorio dell'Ulss n. 5.

1. *La rete dei servizi*

La rete dei servizi del territorio realizzati dalle Ulls, dai Comuni e della Comunità Montana appare estremamente solida e articolata e soprattutto ben integrata da una serie importante di servizi offerti dalle Associazioni di volontariato, gruppi e comitati volontari locali, dalle Parrocchie e dalle iniziative di quartiere, dalle associazioni culturali, sportive, ricreative e del tempo libero e dalle Cooperative sociali che operano sul territorio. Vi è una ricca tradizione di collaborazione tra imprese sociali no profit e enti pubblici

2. *il supporto al costo dei servizi*

Per quanto riguarda le *Comunità Residenziali* l'esperienza del "**sistema di garanzia** per la residenzialità disabili" ha registrato un risultato positivo sia per il numero di utenti inseriti, sia per la sostenibilità economica del progetto nel suo complesso. La costituzione del fondo solidarizzato ha permesso alle famiglie di persone disabili di far fronte alla spesa per le rette in strutture sostanzialmente con i soli redditi della persona disabile. Questo risultato è stato possibile anche grazie all'impegno delle amministrazioni comunali che hanno aderito al progetto con un incremento della quota associativa fino a 2,92 euro procapite per l'anno

2004 e alla piena applicazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) che hanno portato l'azienda Ulss ha contribuire con il proprio bilancio anche oltre alle quote regionali previste.

3. *il consolidamento progressivo del sistema di offerta*

Le criticità del sistema di offerta rivolto ai disabili evidenziate nel Piano di zona della Ulss 5 (2001-2003), relative in particolare alla necessità di potenziare interventi di PREVENZIONE (intervento precoce, sostegno alla genitorialità, attivazione della rete dei servizi ospedale-territorio, presa in carico terapeutico-riabilitativo), la PROFESSIONALIZZAZIONE degli interventi attraverso la formazione, il coordinamento delle UU.OO. dell'Area , l'attivazione della rete interdistrettuale dei servizi e l'aattuazione di progettualità alla persona, e il POTENZIAMENTO di quanto già in atto in particolare attivando nel distretto Nord forme di accoglienza adattate alle nuove esigenze, quali gli appartamenti assistiti, secondo gli estensori del Piano è stato pienamente realizzato solo in alcune aree;

- In particolare, in tema di prevenzione sono stati sviluppati tutti i punti previsti
- Rispetto alla professionalizzazione degli interventi si è puntato in particolare alla realizzazione di attività maggiormente calate in una ottica di partecipazione dell'utenza e di incremento della qualità della vita dei soggetti beneficiari.
- Non sono invece stati realizzati quei progetti volti ad offrire sostegno della famiglia, che rimane un obiettivo da realizzare.

Il territorio della Ulss 5 dispone di una rete sufficiente e articolata di strutture per la residenzialità (comunità alloggio nelle varie zone Nord Centro e Sud e una struttura per non autosufficienti per l'intera ULSS). Si considera che, rispetto al precedente Piano di Zona, sono sorte nuove strutture di accoglienza, ad iniziativa del Privato Sociale in particolare nell'alto Vicentino con la progettazione della comunità alloggio Cooperativa "La famiglia"a Trissino.

Criticità:

Solamente il Piano di zona della Ulss 5 presenta in modo molto chiaro quali siano le criticità del sistema di offerta da affrontare. Poiché non è possibile pensare che nella Ulss 4 non siano presenti criticità si può ritenere che non siano state descritte all'interno del Piano, con la scelta di riportare solamente le azioni e gli interventi progettati verso il miglioramento del sistema. La descrizione che segue dunque intende rappresentare un quadro delle problematiche sulle quali riflettere che potrebbero essere l'oggetto della riflessione per l'osservatorio nel corso del 2006 con il coinvolgimento dei testimoni privilegiati dei tre territori. Vesdiamole dunque in sintesi:

1. rispetto alle ***risorse di personale*** da un lato si evidenzia la carenza di operatori della riabiliatazione, in particolare in termini di logopedisti, psicomotricisti, fisioterapisti e psicologi. Viene anche espressa da parte del Centro ANFASS l'esigenza di una maggiore professionalizzazione degli interventi degli operatori in riferimento ai programmi individualizzati specifici; Si evidenzia poi la necessità di una formazione del personale presente in strutture socio-riabilitative;

2. un grosso problema rimane ancora quello del ***coordinamento tra servizi e tra enti***: viene evidenziata una mancanza di coordinamento tra ospedali e territorio nel primo anno di vita e tardivo invio ai centri di riabilitazione; mancanza di attenzione specifica ai problemi della salute ed alle disabilità psichiche in età evolutiva e in pre-adolescenza e difficoltà nel garantire continuità all'esperienza scolastica, con attenzione alla famiglia ed al soggetto;
3. una problematica importante è ancora quello della ***integrazione sociale***, in particolare nella pre-adolescenza. Per quanto riguarda ***l'integrazione lavorativa*** Viene ancora rilevata una ridotta partecipazione sociale dei soggetti con disabilità impegnati in un percorso di integrazione lavorativa, oltre ad una scarsa conoscenza delle azioni e dei progetti a supporto dell'integrazione lavorativa da parte delle categorie economiche e scarso sostegno all'attività cooperativistica; Viene anche segnalata la necessità di trovare nuove intese tra gli attori che si apprestano ad operare nel settore dell'inserimento lavorativo di persone svantaggiate per far fronte al problema ancora presente del loro inserimento, integrazione e permanenza nel mondo del lavoro.
4. rispetto alla ***assistenza diurna*** viene rilevata una problematica presso le strutture sociali diurne, per la presenza di soggetti non collocati adeguatamente, rispetto alle capacità e necessità degli stessi e le finalità socio-educative dei centri.
5. la ***scuola*** costituisce un ambito problematico da numerosi punti di vista: da un lato viene evidenziata la necessità di sensibilizzare gli studenti delle scuole medie superiori circa le problematiche inerenti all'integrazione dei soggetti con disabilità e alle risposte attivate nel territorio; vi sono richieste da parte degli istituti superiori di organizzare percorsi formativi alternativi per le persone con disabilità inserite; viene poi denunciata l'assenza di interventi di sostegno didattico per gli alunni con disabilità frequentanti le scuole materne private e la difficoltà da parte della Ulss nell'organizzare servizi assistenziali a scuola a carattere saltuario e per bisogni limitati di breve durata (assistenza di base)
6. Infine per quanto riguarda ***l'assistenza residenziale*** le famiglie manifestano necessità residenziali per brevi periodi per il congiunto disabile in età adulta; emerge la necessità di posti di pronta accoglienza o accoglimento temporaneo programmati e limitati nel tempo per bambini gravemente non autosufficienti; Restano inoltre scoperte alcune esigenze particolari: a) Bisogno di sostegno abitativo per persone con lieve o media disabilità che non necessitano di assistenza continuativa, prive di sufficiente supporto familiare, b) Necessità di riservare le comunità alloggio o le strutture residenziali esistenti a persone con insufficiente autonomia abitativa e con disabilità grave, c) Bisogno di abitazione assistita per adulti con grave disabilità motoria, d) Insufficiente informazione e consulenza alle famiglie sulle scelte e gli orientamenti da prendere per il futuro, per il "dopo di noi", la gestione patrimoniale e delle risorse economiche, la tutela legale, e) Bisogno di preparazione dei familiari e soprattutto dei genitori, sul piano psicologico e culturale, nei confronti di scelte quali l'affidamento ad un servizio residenziale o l'autonomia abitativa di un familiare con disabilità, f) Necessità di reti sociali di sostegno alle comunità e ai gruppi

appartamento, g) Comunità alloggio nella zona Nord al limite di capienza, con presenza di lista d'attesa.

7. i servizi di ***assistenza domiciliare***: Rispetto alla rete dei servizi per la disabilità adulta, si osserva che è scarsamente presente il ricorso al servizio di assistenza domiciliare (SAD). Ciò può essere dovuto al basso numero di ore settimanali assegnate, all'elevata contribuzione economica richiesta alla famiglia, alle limitazioni previste per le prestazioni. Il servizio di assistenza domiciliare è poco utilizzato a fini preventivi o di recupero e riabilitazione sociale, cioè in situazioni connotate da marginalità, difficoltà educative e di gestione familiare, relative al nucleo più che al singolo. In tali situazioni il servizio andrebbe promosso e incoraggiato, prevedendo anche la possibilità di esonero dalla contribuzione economica. Laddove il servizio è già presente si segnala inoltre la necessità di ausili a domicilio (es.sollevatori) e di abbattimento di barriere architettoniche domestiche, cui spesso le famiglie non provvedono, per mancanza di informazione, per difficoltà nella gestione della disabilità, per isolamento rispetto alla rete dei servizi. Le famiglie maggiormente a rischio e con minori mezzi a disposizione finiscono per rinunciare agli aiuti e portare avanti da sole le situazioni, fino al limite. Mentre altre famiglie ricorrono a soluzioni di tipo privato o all'alternativa dei centri diurni e residenziali. Famiglie con figli o congiunti inseriti in centri diurni chiedono comunque aiuti domiciliari e segnalano la non continuità degli operatori di assistenza. Si segnalano inoltre differenze nell'erogazione del servizio da Comune a Comune.
8. L'ULSS 5 comprende un territorio vasto e geograficamente variegato, con popolazione sparsa su numerosi Comuni e zone abitative lontane o scarsamente collegate. Si rileva una carenza di ***trasporto assistito e attrezzato*** per le famiglie che gestiscono gravi disabilità e situazioni di non autosufficienza a domicilio, per l'accesso alla fisioterapia da parte di persone prive di sostegno familiare, tra cui stranieri; per i servizi socio-assistenziali o socio-riabilitativi presenti in un'unica sede territoriale (PSR No Problem) per l'accesso alla scuola superiore. Per l'accesso al lavoro, e in generale per la frequentazione di attività sociali, si rileva anche la difficoltà nel trasporto da parte di persone con autonomia, ma residenti o gravitanti su zone in cui è scarso o assente il trasporto pubblico. E' stato anche segnalato come, nelle aree di parcheggio, non sempre sono individuati e rispettati gli spazi riservati alle persone con ridotta mobilità.
9. Le famiglie infine si lamentano di ***sentirsi sole*** e di avere necessità di un supporto nell'affrontare i problemi nell'ambito familiare di tipo relazionale-comportamentale nella gestione del figlio.

Le linee di intervento per il futuro

Ulss n. 4

Le Prospettive future del Servizio Disabilità sono state delineate nel piano di comunità 2004 – 2006:

1. *Il servizio Disabilità* esce dalla fase sperimentale e si configura come servizio territoriale a cui è affidata la funzione di accompagnare la persona e la famiglia nel

percorso di integrazione sociale, assicurando continuità nelle diverse fasi e un punto di riferimento costante. Nel futuro continuerà a meglio strutturare e qualificare la propria attività, estendendo la collaborazione con le realtà sociali del territorio.

2. rispetto al servizio di assistenza alla *Integrazione Scolastica* nel prossimo triennio, l'impegno congiunto di più Istituzioni sarà volto al consolidamento della integrazione delle figure professionali e dei diversi enti impegnati nel percorso di integrazione scolastica. Verranno inoltre ricostituiti e valorizzati, da parte degli Istituti Scolastici, dei Comuni e dell'ULSS, i due laboratori psicopedagogici di Thiene e di Schio, a sostegno degli insegnanti impegnati nell'integrazione degli alunni con disabilità. Agli operatori verrà garantito un maggior sostegno anche attraverso azioni formative e progetti congiunti e verranno sperimentate nuove attività, in grado di stimolare le capacità comunicative e di apprendimento dello studente con disabilità e favorire realmente la sua integrazione ed inclusione in classe. Verranno inoltre proposti nuovi percorsi scolastici e professionali all'interno della scuola media superiore e nei centri di formazione professionale.
3. Relativamente all'*integrazione sociale* verranno impostati percorsi formativi ed educativi che sappiano far emergere le esigenze e le potenzialità del soggetto disabile in contesti sociali capaci di sollecitare le sue risorse. Le iniziative legate al tempo libero acquisteranno un sempre maggiore importanza quale elemento qualificante della reale integrazione e della qualità della vita.
4. La ridefinizione dei *Centri educativi diurni* risulterà adeguata alle necessità del territorio e sufficiente per garantire una risposta in termini quantitativi e qualitativi per il prossimo triennio. Il servizio diurno per disabili sarà ulteriormente migliorato sul versante della qualità delle prestazioni, diversificando ulteriormente le attività, migliorando l'integrazione con la comunità, con una continua supervisione degli operatori.
5. Il sistema di garanzia per la residenzialità disabili verrà continuato. Il fondo di residenzialità sarà allargato anche alle situazioni di pronta accoglienza, che rientrano nei requisiti previsti dal regolamento, potenziando nel corso del triennio di validità del piano dagli attuali 2 a 4 posti individuati nelle strutture presenti nel territorio dell'Ulss 4.

Ulss n. 5

Il Piano di Zona, viste le caratteristiche del bisogno del territorio ha innanzitutto puntato sull'ambito della prevenzione, proponendo un consolidamento di iniziative progettuali riuscite cui risulta necessario dare continuità temporale e adeguamento delle risorse.

E' stato avviato un percorso di riflessione tra gli operatori dei servizi Ulss unitamente ai rappresentanti dei Comuni e della Scuola in direzione dello sviluppo di servizi pensati in modo sinergico scuolaulss- famiglia, per intervenire in modo mirato rispetto alle diverse problematiche di disagio che i bambini manifestano a scuola.

Di conseguenza i progetti per il triennio 2004-2006 descritti sono i seguenti:

- prosecuzione progettualità ex L. 285/97 a sostegno psicologico della funzione genitoriale a favore di genitori di bambini della scuola materna ed estensione alla scuola elementare;
- progettualità riferita alla DGR 4222/03, di cui alla L. 285/97, sulla genitorialità "normale" e "patologica": genitori con figlio con disabilità, genitori immigrati o ricongiunti con figlio che presenta problematiche di sviluppo comportamentali-relazionali, genitori separati o in fase di separazione con figlio in difficoltà genitori con figlio adottato in difficoltà, genitori con figlio pre-adolescente e adolescente problematico,
- prosecuzione progettualità riferita alla gravità e complessità di cui alla L. 162/92;
- prosecuzione e ampliamento territoriale programmi socio-educativi per preadolescenti;
- costituzione équipe psicoterapeutica per gravi pre-adolescenti con psicopatologia.

Rispetto all'area della disabilità in età adulta i progetti per il triennio 2004-2006 sono stati formulati sulla base dei problemi considerati prioritari, in particolare per quanto riguarda:

- i *servizi diurni*, con l'obiettivo di offrire opportunità di sollievo diurne o residenziali temporanee ad un numero maggiore di famiglie attraverso la diffusione dell'informazione sulle opportunità esistenti e la creazione di una maggiore gamma di servizi per il sollievo (accoglienze brevi e diurne) o per la gestione di momenti critici. Viene infine considerato prioritario fornire risposte adeguate ai problemi emergenti relativi all'invecchiamento delle persone inserite nelle strutture e ai nuovi inserimenti di persone giovani con disabilità grave attraverso l'individuazione di soluzioni interne alle strutture o prevedere soluzioni nuove esterne per assicurare un inserimento diurno all'utenza con disabilità in età giovanile e adulta (obiettivo prioritario); l'attivazione di interventi di consulenza, di sostegno, di mantenimento o riabilitativi di tipo specialistico, di offerta di sostegno alle famiglie con le azioni previste alle schede "Sollievo e tempo libero per le famiglie" e "Sostegno domiciliare"
- il problema della *residenzialità*, con l'obiettivo di fornire opportunità di accoglienza residenziale idonee alla tipologia di utenza e ai bisogni personali, relazionali, assistenziali attraverso: a) la Creazione di nuovi gruppi appartamento a bassa assistenza, b). Supporto a persone o gruppi con grave disabilità motoria per progetti relativi ad abitazioni assistite o di vita indipendente, c) Formazione all'autonomia delle persone disabili interessate, d) Preparazione e informazione delle famiglie, e) Attivazione di reti di volontariato, di supporto ai progetti abitativi e residenziali
- la valorizzazione della *assistenza e il sostegno domiciliare* nella rete dei servizi per la disabilità adulta con gli obiettivi di a) Sviluppare il potenziale educativo riabilitativo del servizio domiciliare, b) Contenere o prevenire il ricorso a servizi assistenziali maggiori, diurni e residenziali, c) incrementare le informazioni alle famiglie su ausili e agevolazioni sull'abbattimento barriere
- Aumentare le opportunità e l'eliminazione di ostacoli per la *mobilità* per persone con disabilità attraverso l'aumento della disponibilità di servizi di trasporto assistito o attrezzato, il supporto all'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblico e l'autonomia nel trasporto, il supporto all'autonomia e l'utilizzo dei mezzi privati di trasporto,

l'individuazione di soluzioni che possono rispondere sia alle esigenze di persone con disabilità sia agli anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti con analoghe esigenze di trasporto.

3.3.2 Le nuove aree di marginalità

Come ben descritto nel Piano di Zona della ULSS n.6 le ultime indagini sull'esclusione sociale realizzate dalla Commissione nazionale di Indagine sul fenomeno hanno delineato un ampio panorama della povertà in Italia, sia attraverso le consuete misurazioni dell'incidenza e dell'intensità della povertà relativa ed assoluta, sia mediante l'esame delle esigenze di famiglie definitesi povere o in condizioni di difficoltà economica. Ne emergono i mobili confini della povertà, le dinamiche, le politiche di contrasto all'esclusione sociale.

> "Nel rapporto appare evidente che la povertà è cambiata. Non riguarda più solo situazioni estreme, ma anche situazioni a rischio di impoverimento che chiamano in causa la vulnerabilità sociale*. Le nuove povertà vanno ricercate nelle famiglie monoreddito con più figli, nelle famiglie con i genitori divorziati, nelle famiglie con un solo genitore, nelle famiglie con molti figli, nelle famiglie con i genitori disoccupati, nelle famiglie in cui si verificano casi di violenza, nelle persone tra i 40 e 50 anni escluse dal mondo del lavoro con scarsa scolarizzazione e spesso senza una famiglia di aiuto, nei pensionati che fanno fatica ad arrivare alla fine del mese, nelle persone non autosufficienti o con disabilità che non hanno una rete familiare di sostegno, nelle persone che presentano situazioni multiproblematiche, nelle donne sole con figli, negli immigrati che, giunti in Italia per trovare un lavoro per poter mantenere la propria famiglia nel paese di origine, si accontentano di qualche attività precaria e saltuaria*. *Povertà personali e familiari nascono anche quando non si riesce a pagare l'affitto, non c'è un lavoro continuativo per il capofamiglia, mancano servizi per le persone anziane o l'accompagnamento per i malati e quando il reddito è precario al momento dell'ingresso nel mercato del lavoro.*
> Tutto questo deve essere collegato ad alcune diverse conseguenze della povertà che, in una società come la nostra, si manifestano in fenomeni di emarginazione, di solitudine e di mancanza di rapporti sociali.
> Il tema della povertà, se da un lato è legato al soddisfacimento di alcuni bisogni primari come "il cibo e avere un tetto sotto il quale poter riposare", dall'altro riguarda una pluralità di dimensioni di natura sociale e culturale.
> Infatti, queste persone presentano alcuni aspetti comuni tra di loro, come la presenza contemporanea di fattori di disagio (la scarsa alimentazione, la mancanza di una casa, il poco vestiario) e di condizioni di malattia, di dipendenza, di isolamento delle reti familiari e sociali e di difficoltà relazionali, corrono il forte pericolo di avere un percorso di emarginazione progressivo che provoca un processo di cronicizzazione delle condizioni di disagio e hanno difficoltà nel trovare accoglienza e risposte nei servizi istituzionali, che spesso non sono strutturati per rispondere a fenomeni di emarginazione pluridimensionali.
> Quindi le problematiche relative alla povertà necessitano di una risposta articolata e integrata tra i vari soggetti e strumenti in grado di realizzare progetti personalizzati di sostegno e di aiuto.
> È particolarmente difficile, però, intercettare il bisogno espresso da queste nuove forme di povertà e di esclusione sociale. Pur essendo il territorio della Ulss 6 una realtà produttiva e territoriale che dal punto di vista occupazionale fino ad oggi ha saputo dare risposte più che esaurienti al problema della disoccupazione, i segnali di queste nuove e diverse modalità con cui si manifesta la povertà sono già presenti,

anche se con percentuali minori rispetto ad altre zone d'Italia. Secondo una recente indagine dell'ISTAT in Veneto le famiglie povere sono il 3.9%."

Cominciamo col concentrare l'attenzione sul tema della povertà.
Come è possibile osservare nell'ultimo rapporto sulla povertà in Italia, di cui sono stati diffusi il 6 settembre 2005 i primi dati nelle *Statistiche in breve* dell'Istat la povertà relativa in Veneto negli ultimi anni sta progressivamente aumentando: dal 3,9% del 2002, al 4,2% del 2003 al 4,6% del 2004 contrariamente a quanto sta avvenendo nelle altre regioni del nord Italia.

Incidenza di povertà relativa Anni 2003-2004 (valori percentuali)

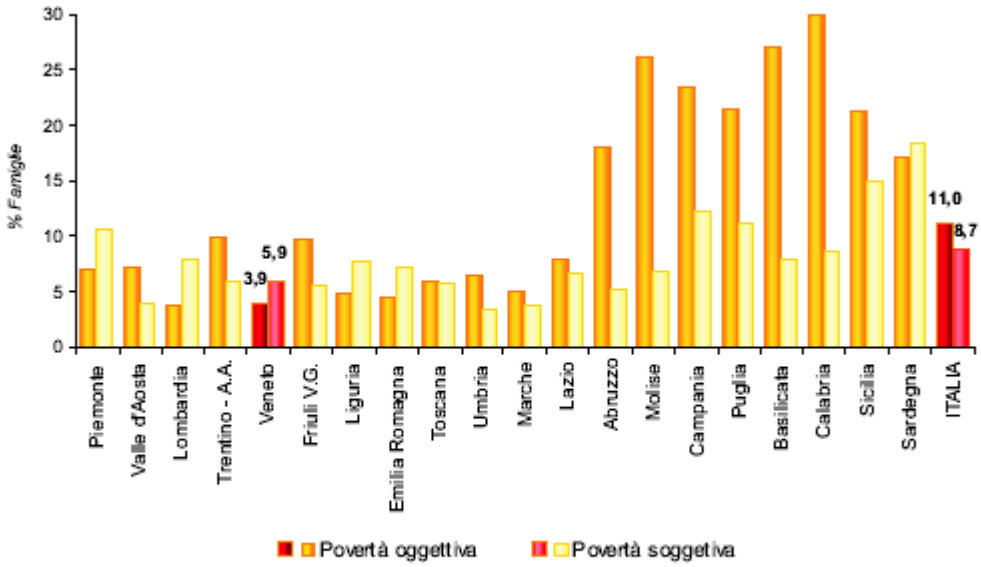
Regione	***2003***	***2004***
NORD	*5,5*	*4,7*
Piemonte	7,1	6,4
Valle d'Aosta	7,7	6,0
Lombardia	4,5	3,7
Trentino-Alto Adige	8,8	7,4
Veneto	4,2	4,6
Friuli-Venezia	9,7	5,3
Liguria	6,3	5,8
Emilia-Romagna	4,7	3,6
CENTRO	*5,8*	*7,3*
MEZZOGIORNO	*21,6*	*25,0*
ITALIA	*10,8*	*11,7*

Fonte: Istat, La povertà in Italia 2004

E' solo dal 2002 che si dispongono di informazioni sulla povertà e l'esclusione sociale a livello regionale. La Regione Veneto ha realizzato una fotografia della povertà nel Veneto nell'anno 2002 sulla base dei dati prodotti quell'anno dall'Istat. La misura di povertà relativa utilizzata si basa sull'uso di una linea di povertà (valore soglia utilizzato per discriminare le famiglie povere da quelle non povere), nota come International Standard of Poverty Line (ISPL), che definisce povera una famiglia di due componenti con una spesa per consumi inferiore o pari alla spesa media per consumi pro-capite. In Italia nel 2002 tale spesa pro-capite mensile è stimata pari a 823,45 euro (con scale di equivalenza da applicare a seconda del numero dei componenti del nucleo). In Veneto sono state stimate 67.969 famiglie povere (per un totale di circa 177.000 persone povere), risultando nel 2002 la seconda regione in Italia, dopo la Lombardia, con la percentuale più bassa di famiglie povere sul totale regionale delle famiglie.
Confrontando la spesa mensile e la linea di povertà si individua il deficit della spesa che indica di quanto, in termini economici, necessita una famiglia per uscire dalla condizione di povertà. Nel Veneto 67.969 famiglie povere hanno un deficit medio mensile di 189,3 euro contro i 224,5 euro dell'Italia; il 34,2% del totale delle famiglie povere ha un deficit inferiore a 100 euro mensili, quasi il 25% presenta un deficit compreso tra 100 e 200 euro mensili e ben il 41,2% ha un deficit superiore a 200 euro mensili.

Come emerge sempre dalla indagine condotta dalla regione Veneto il trovarsi in condizione di povertà non si traduce necessariamente nel sentirsi poveri. La percezione del disagio da parte delle famiglie è un fenomeno soggettivo e non oggettivo. Da un'indagine Istat finalizzata a rilevare il giudizio delle famiglie riguardo la propria situazione economica, emerge che in Italia solo l'8,7% delle famiglie si definisce povera o molto povera contro l'indicatore oggettivo che mostra, come riportato in precedenza, un'incidenza di povertà pari all'11%.

Fig. 4.14 - Povertà soggettiva e povertà oggettiva per regione*. Anno 2002



*Povertà soggettiva=Percentuale di famiglie (sul totale famiglie) che si definiscono povere o molto povere
Povertà oggettiva=Incidenza di povertà delle famiglie

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - U.P. Statistica su dati Istat

Nel Veneto le famiglie avvertono un livello di disagio superiore a quello misurato oggettivamente: il 5,9% delle famiglie si dichiara povero o molto povero contro il dato oggettivo stimato al 3,9%: il disagio viene infatti avvertito più frequentemente in contesti territoriali dove probabilmente il confronto con gruppi caratterizzati da un alto grado di sviluppo socio- economico diffonde una percezione negativa della propria situazione.

Pur essendo in Veneto quello della povertà un fenomeno in crescita nei documenti programmatori (Piani di Comunità e Piano di zona delle Ulss 4 e 5) ben poco viene detto sul tema delle vecchie e nuove povertà e delle nuove marginalità.
Nel Piano di Comunità della Ulss 4 una analisi viene fatta relativamente a due aspetti rilevanti legati al tema delle nuove povertà: il tema della casa e quello dell'occupazione.

Il disagio abitativo

Negli ultimi anni è emerso, nell'ambito dell'edilizia privata, un fenomeno che si riteneva superato con lo sviluppo socio-economico del paese: quello del disagio abitativo, nella maggior parte dei casi legato al fenomeno della immigrazione. Il 75% sopralluoghi finalizzati ad accertamenti di igienicità o abitabilità da parte della Ulss n.4 ha infatti riguardato alloggi

abitati da immigrati extracomunitari. Le cause sono da ricercare in parte in una tendenza a non risanare abitazioni degradate, in quanto le stesse vengono comunque locate a fasce disagiate di popolazione, in particolare immigrati di origine extracomunitaria; dall'altra vi è un crescente numero di immigrati che hanno difficoltà ad integrarsi e ottenere un alloggio salubre a costi contenuti. Spesso, è da sottolineare, sono gli stessi inquilini, che, per motivi economici, rendono la propria abitazione insalubre ed insicura: ad esempio non utilizzando la caldaia disponibile, ma riscaldando uno solo o più locali con mezzi di fortuna, senza apertura permanente o con tubi di scarico pericolosi.
Rispetto alle problematiche connesse al disagio abitativo il Piano di Comunità ha predisposto uno specifico progetto denominato **Agenzia sociale per la casa**, coordinato dalla Direzione dei Servizi Sociali della Ulss n.4, sulla base della esperienza realizzata con il piano di zona 2001/03. Il Piano di Comunità 2004 – 2006 ha dunque puntato al consolidamento e allo sviluppo dell'iniziativa anche in considerazione delle caratteristiche peculiari del territorio dell'Ulss 4, ossia alta concentrazione di persone immigrate e di ricongiungimenti familiari e contemporanea presenza nel territorio di un discreto numero di abitazioni a prezzo medio-basso in particolare concentrate nelle zone montane (vallata dell'Astico). Le prospettive di sviluppo riguardano essenzialmente un allargamento dell'utenza potenziale del servizio, che potrà coinvolgere tutte le fasce deboli o svantaggiate e l'ampliamento degli sportelli con l'apertura di una sede anche a Thiene. L'ipotesi di sviluppo dell'iniziativa è dunque quella di aprire e consolidare sportelli per servizi di informazione e accompagnamento individuali a Schio e in futuro a Valdagno e Thiene. Vengono inoltre ipotizzati incontri con comunità/associazioni di immigrati ed attività di formazione rivolte ad accompagnatori sociali/mediatori culturali.
Vista l'importanza dell'iniziativa e la sua estensione non solo alle persone immigrate ma più in generale a tutte le fasce deboli, il finanziamento del progetto verrà garantito dall'azienda Ulss 4.

L'occupazione

La situazione economica del territorio presentata nel Piano di Comunità della Ulss 4

Se il Nord Est è il territorio delle piccole e medie imprese, la provincia di Vicenza e l'Alto Vicentino in particolare esaltano al massimo le caratteristiche di questo tessuto imprenditoriale pulviscolare, fortemente radicato e connesso con la società, a tal punto che si registra attualmente la presenza di un'impresa ogni dodici abitanti. L'impresa artigiana assume una grande rilevanza nell'economia locale. Nell'affrontare le sfide poste dalla globalizzazione e nel doversi confrontare con imprese più grandi, le imprese artigiane patiscono alcuni svantaggi quali l'assenza dei benefici connessi alle economie di scala, la difficoltà di affiancare i "servizi" alla "produzione" in senso stretto, la difficoltà di mobilitare risorse nella direzione dell'innovazione di processo e soprattutto di prodotto. Tuttavia posseggono anche alcuni vantaggi: la flessibilità e la versatilità produttiva; la diffusa sussistenza di relazioni cooperative e non conflittuali tra imprenditore artigiano e lavoratori dipendenti, la capacità di attingere pienamente ai benefici di scambio esperienziale tipici dei contesti distrettualizzati; la possibilità di sfruttare quei servizi che, pur mancando nella singola impresa, sono tuttavia erogati dal complesso della rete. Da un lato tuttavia nel corso

del 2002 e nel 2003, in relazione alle vicende economiche e politiche che caratterizzano lo scenario mondiale, *l'economia locale ha registrato una brusca frenata*, e le previsioni effettuate da Prometeia indicano che sarà difficile prima del 2005 raggiungere il traguardo segnato nel 2001. I processi di delocalizzazione produttiva, intesi come decentramento all'estero di attività in precedenza svolte nella base domestica e che costituiscono una delle forme più manifeste dei processi di internazionalizzazione, hanno nel vicentino raggiunto dimensioni consistenti.
Nel contempo, si è assistito ad una *crisi del settore commerciale* che ha ovviamente risentito della contrazione dei consumi e soffre al momento attuale di una condizione di affaticamento congiunturale.
Da anni la provincia di Vicenza è una delle prime province in Europa rispetto alla dinamicità del mercato del lavoro, con un tasso di disoccupazione (espressivo del rapporto tra le persone in cerca di lavoro e le forze lavoro) tra i più bassi d'Italia (pari al 2,5% nel 2002), che pone questa realtà in posizioni di avanguardia anche a livello europeo. Tuttavia, il contesto di bassa crescita che caratterizza negli ultimi anni l'economia si sta riflettendo in un netto *peggioramento delle condizioni del mercato del lavoro*. L'attuale situazione di difficoltà è testimoniata anche dall'indagine realizzata dall'Associazione industriali della Provincia di Vicenza sui fabbisogni professionali dell'industria vicentina, aggiornata a giugno 2003, che ha visto rispondere 693 aziende, che hanno espresso un fabbisogno complessivo di 1638 lavoratori. Nel 2002, alla stessa indagine avevano risposto 725 aziende, con un fabbisogno di 2406 lavoratori. L'indagine accentua la linea di tendenza delineatasi con le precedenti ricerche, ossia ***il calo della richiesta di operai*** sui fabbisogni complessivi. Questi dati, unitamente al numero di assunzioni previste per azienda che passa da 3,7 nel 2001 a 3,3 nel 2002 e a 2,3 nel 2003, sono il segno di una sensibile flessione occupazionale e di un cambiamento di modello organizzativo.

L'esclusione sociale

Arriviamo infine al tema più delicato, e meno affrontato dai documenti programmatori realizzati dalle Ulss del territorio: quello dell'esclusione sociale. Per descrivere le caratteristiche del fenomeno utilizziamo a fonte più qualificata in merito, *l'Osservatorio Osservatorio sull'esclusione sociale* della Caritas e i dati raccolti nella indagine più recente da essi condotta. L'indagine, realizzata appunto dalla Caritas nell'ambito dell' Osservatorio sull'esclusione sociale ha delineato le caratteristiche socio-demografiche dell'utenza che è rivolta agli Sportelli della Caritas di Vicenza e del Vicentino nel corso del 2003. Come è possibile osservare dalla tabella seguente dal 2000 al 2003 si è avuto forte aumento delle richieste:

Anno / Indicatori	2000	2001	2002	2003
Persone assistite	563	791	1187	1.383
Totale interventi	848	1197	1635	1.743
Totale prestazioni	1138	1662	2068	1.868
Interventi/persone	1,5	1,5	1,4	1,3
Prestazioni/persone	2,0	2,1	1,7	1,4
Incidenza italiani sul totale	16,9%	20,0%	15,4%	20,0%
Incidenza immigrati sul totale	83,1%	80,0%	84,6%	80,0%

Fonte: Osservatorio sull'esclusione sociale della Caritas Vicentina

Il commento alla tabella riportato nel testo redatto dalla Caritas analizza in questo modo il trend:

> "L'analisi di trend evidenzia nel corso di un quadriennio la quasi triplicazione del bacino di utenza (dal 2000 al 2003 incremento pari al +145,6%), mantenendo però pressoché costante la proporzione tra interventi e prestazioni per persona e riducendosi via via il numero medio di prestazioni per persona. Si configura altresì stabilizzata l'incidenza per provenienza della popolazione censita: gli autoctoni coprono mediamente e quasi stabilmente il 20% dell'utenza, mentre gli immigrati ne rappresentano il restante 80%. Va detto, comunque, che parte dei cambiamenti registrati sono imputabili ad un maggiore assestamento nell'utilizzo degli archivi e ad una maggiore diffusione della pratica di registrazione degli utenti su supporto informatico."

Vediamo dunque quali sono le caratteristiche socio-demografiche dell'utenza:

- *"Genere.* Non si riscontra alcuna visibile differenziazione di genere (uomini: 50,2%; donne: 49,8%). Questa "parità" si è andata costruendo nel tempo, limando via via la prevalenza tipicamente maschile visibile negli anni precedenti (nel 2000 uomini: 57%, donne: 43%). Una maggiore distinzione di genere è però rintracciabile entro i due sottogruppi degli italiani e degli immigrati: tra i primi predomina decisamente la rappresentatività maschile (65,8% rispetto a 34,2%), tra i secondi predomina, anche se in maniera contenuta, la rappresentatività femminile (53,7% rispetto a 46,3%).
- *Età.* La distribuzione per classi d'età mostra una maggiore concentrazione dell'utenza entro le classi intermedie (il 66,6% si colloca tra i 30 e i 49 anni), ma pure in questo caso sussiste una differenziazione distributiva tra la compagine degli utenti italiani e quella degli immigrati, presentando questi ultimi una maggiore apicalità nelle classi d'età più giovani
- *Stato civile e tipologia di convivenza.* Si configura prevalente la condizione di solitudine, tant'è che ben il 43,7% degli intercettati vive da solo/a, seguita per rilevanza dalle forme di convivenza elettiva e non parentale (30,2%).
- *Condizione abitativa*. La mancanza di abitazione rappresenta una caratteristica dominante, che riguarda il 75,1% dell'utenza (almeno il 56,4%).
- *Condizione reddituale*. La rilevazione sulla situazione reddituale mette in evidenza come il 62,5% dei censiti risulta del tutto privo di una qualsiasi forma di reddito (almeno il 49,8%) ed il 23,6% raggiunga livelli insufficienti per le normali esigenze di vita (almeno il 18,8%). Nel complesso il numero di utenti che

presentano livelli reddituali insufficienti a garantire le normali condizioni di vita è pari all'**86,1% del totale**, comprensivo di quanti sono privi di qualsiasi forma di reddito o dispongono di un livello reddituale inferiore al minimo vitale. La rappresentatività di questo contingente si pone peraltro in linea a quanto rilevato per le annate pregresse (nel 2002 era pari all'87,4%).

- *Condizione lavorativa*. E' prevalente lo stato di disoccupazione che riguarda il 59,9% degli intercettati (almeno il 49,7%), mentre i soggetti in cerca di prima occupazione risultano essere l'8,1% (almeno il 6,7%). Complessivamente, quindi, si configura in attesa di inserimento nel mercato del lavoro ben il 68% della popolazione censita (almeno il 56,4%).
- *Problematiche dichiarate*. Stando alle sole informazioni raccolte, le problematiche familiari riguardano almeno l'11,9% degli utenti, quelle legate alla dipendenza sono riferibili ad almeno il 5,1%, quelle relative al disagio psicologico sono ascrivibili ad almeno il 4%."[20]

La disponibilità di dati relativi al quadriennio 2000-2003 consente di individuare le trasformazioni che il profilo dell'utenza ha subito nel corso degli anni.

1. In primo luogo si è osservata una *progressiva maggiore presenza maschile* tra l'utenza autoctona ed una progressiva crescita dell'utenza femminile tra gli immigrati. L'andamento complessivo, tuttavia, si mostra altalenante nel corso degli anni.
2. Si è poi rilevata una sorta di "*relativo ringiovanimento*" dell'utenza, esito di una progressiva maggiore presenza di utenti under 30enni e la progressiva riduzione degli ultra 50enni (l'età media dell'utenza regredisce dai 39 anni del 2000 ai 38 anni del 2003).
3. Significativa appare l'evoluzione delle forme di *stato civile*: l'aggregato dei celibi/nubili, pur rimanendo quello maggiormente rappresentativo, mostra nel tempo una progressiva contrazione. Nel 2000 l'incidenza di questa forma era ascrivibile al 55,9% della popolazione censita a fronte dell'attuale 42,6%. Sono dunque aumentati i coniugati: nel 2000 rappresentavano il 35,3% dell'universo indagato, nel 2003 ne coprono il 41,9%.
4. I dati seppure non completamente comparabili, sembrerebbero indicare una crescita dei problemi legati alla *abitazione*.
5. sembra infine crescere la quota di utenza in attesa di un qualche inserimento nel mercato del lavoro: il complesso dei *disoccupati* e di quanti sono in cerca di prima occupazione nel 2000 riguardava il 53,7%, nel 2001 coinvolgeva il 55,6%, nel 2002 era ascrivibile al 66,6%, mentre nel 2003 rappresenta ben il 68% della popolazione censita.

Riportiamo infine le conclusioni del rapporto in merito alle criticità del sistema di welfare locale, che seppure relative al solo territorio di Vicenza possono comunque offrire validi spunti, che condividiamo, per aprire una riflessione che evidentemente sul territorio dell'Alto Vicentino ancora deve maturare:

"Dalla lettura dei risultati sopra illustrati appaiono chiaramente alcuni nodi critici dell'attuale sistema del welfare locale, che si pongono quindi come sfide per la comunità. In sintesi:

[20] *Fonte: Osservatorio sull'esclusione sociale della Caritas Vicentina*

- *la crisi del ruolo della famiglia e l'emergere di nuove tipologie di nuclei familiari che richiedono interventi ad hoc (nuclei unidimensionali e monoparentali). E la conseguente valutazione di incongruità dei sussidi economici erogati a talune tipologie di soggetti;*
- *la "scarsa" pertinenza dei percorsi repressivi che sembrano aver indotto ulteriori fenomeni di clandestinità. E la conseguente necessità di dare corso a processi di regolarizzazione "equilibrata";*
- *la mancanza di un'offerta di alloggi per situazioni contingenti e critiche e la carenza, più in generale, di una efficace politica della casa;*
- *la carenza di un'adeguata politica del lavoro, che consenta inserimenti agevolati ed "accompagnati" per particolari fasce deboli di popolazione;*
- *la scarsa prassi di "fare sistema" attorno alle problematiche difficili, che richiederebbero interventi e la responsabilizzazione anche dei Comuni e delle Ulss*.

Allargando l'orizzonte di osservazione al più complesso sistema di welfare, la prima constatazione riguarda sicuramente *l'emergere e l'ampliarsi del fenomeno della esclusione sociale: il bisogno di assistenza e supporto aumenta quantitativamente ma anche qualitativamente*, configurandosi sempre più articolato e diversificato e rendendo poco attuabili modelli standardizzati di risposte. A fronte di questa crescente complessità si pone la sempre minore disponibilità di risorse economiche, che impone la continua ridefinizione di un volume "vincolato" di prestazioni/servizi erogabili dalle strutture pubbliche, con conseguente aumento del gap tra domanda e offerta istituzionale. Inoltre proprio questa complessità dei bisogni richiederebbe al sistema dell'offerta di assumere una caratteristica multidimensionale e non frammentata, che non comprenda esclusivamente risposte a carattere istituzionale ma si traduca in una mobilitazione delle risorse dell'intera comunità. In quest'ottica acquista centralità la rete degli attori territoriali, i cui nodi costituenti sono rappresentati dalla famiglia, dal vicinato, dal terzo settore, dal volontariato, dalle associazioni di categoria, ecc. *Tuttavia appare ancora poco diffusa ed accettata la concezione della partnership tra attori diversi*, intesa come definizione di obiettivi condivisi e di strumenti concertati, sulla quale predomina invece una visione personalistica ed individualizzata dei ruoli istituzionali e non. In questo agire frammentato sembra essere venuto meno il "sistema delle responsabilità", nel senso che risulta poco definito il ruolo della "controparte": Chi e come avviene la progettualità nel sociale? Quale evoluzione si sta dando? Sono note le finalità o si tratta di un agire mosso da impulsi reattivi più che di una vera progettualità? E più in generale: quale contesto di riferimento ci si trova ad avere? In effetti sembra non esserci un filo conduttore né solide basi su cui fondare una programmazione sul sociale: spesso ci si affida ai sondaggi d'opinione per capire cosa si vuole o che cosa la gente vorrebbe, basandosi su emozioni che di per sé sono legate all'istante e non consentono di dare un senso di continuità costruttiva. *Appare palese come la comunità tenda a non vedere la povertà e non volerla vedere*: viene spesso assunta come parola astratta, riconducendola talvolta a malattia o colpa, mentre *si è resi poveri materialmente e nei riferimenti di senso attraverso politiche di welfare inique, l'assenza di servizi, l'abbandono e l'isolamento, la dimenticanza, la bassa qualità della vita, la povertà delle relazioni*, ecc. Parlare di povertà significa interrogarsi su cose concrete, che riguardano il modello di sviluppo della nostra società: dall'organizzazione dei servizi, all'organizzazione del mercato del lavoro, ai diritti sociali, ai modelli di riferimento identitario. Il pregiudizio tra la gente appare acuto, è interno ai discorsi e nel dire comune: la diversità continua a fare paura, obbliga al confronto e a rivedere i propri schemi di giudizio. Come allora veicolare le logiche di multiculturalità, di solidarietà, di condivisione? A chi spetta il compito educativo rispetto alle situazioni di esclusione sociale e di marginalità estreme? Come le nuove generazioni intrise di omologazione dei comportamenti affrontano queste complesse "diversità"? Quanto i mass media attualmente vengono riconosciuti come i più incisivi

educatori? Tutti questi interrogativi contribuiscono a rendere cogente il ruolo educativo e formativo che la Caritas dovrebbe svolgere nella comunità. Costruire politiche significa partecipare agli ambiti della vita collettiva, ovvero interessarsi, conoscere, criticare, partecipare: l'insieme di questi elementi costruisce la responsabilità di ciascuno."[21]

Rispetto alla programmazione di interventi nell'ambito dell'esclusione sociale nell'Alto Vicentino l'unico progetto rivolto alla lotta alla povertà che abbiamo rilevato nei documenti programmatori locali è il progetto **Povertà estreme** coordinato dalla Caritas e dal Comune di Schio. Si tratta di un progetto in fase di avanzata elaborazione che si rivolge alle persone che versano in stato di povertà estrema, che intende affrontare con continuità, i bisogni primari delle stesse e l'esigenza di un accompagnamento graduale verso l'inclusione sociale.

È un intervento che si struttura in alcune azioni specifiche:
a) fornitura di almeno un pasto caldo giornaliero, attraverso servizi mensa (uno per ogni zona provinciale);
b) messa a disposizione di un numero adeguato di posti letto per il pernottamento (nell'ambito dell'Ulss 4 ciò potrà permettere un ulteriore potenziamento dell'offerta oltre a quella già garantita da una struttura di accoglienza esistente a Schio);
c) segretariato sociale;
d) accompagnamento sociale verso forme concrete di inclusione, finalizzato al superamento della
dipendenza assistenziale.

Coinvolge le aree Dipendenze, Salute mentale, Immigrazione e Popolazione. Tra i soggetti attuatori vi sono la Caritas il S.I.L., il segretariato sociale del Comune di Schio.

[21] *Fonte: Osservatorio sull'esclusione sociale della Caritas Vicentina*

3.4 Una riflessione conclusiva

L'impressione che un lettore ricava dall'analisi dei materiali disponibili è che il territorio sembra attrezzatissimo ad affrontare le problematiche di carattere sanitario e socio sanitario e molto meno attrezzato nel fronteggiamento dei nuovi fenomeni di povertà ed emarginazione. I documenti programmatori prendono poco o per nulla in considerazione tali problematiche e specifiche ricerche relative all'Alto Vicentino, dalla prima rassegna fatta, non ne sono state rilevate. Si tratta, è vero, di una specifica competenza dei Comuni, ma essendo il piano di zona o di comunità per sua stessa definizione il luogo che dovrebbe considerare le problematiche sociali e sanitarie locali nel suo complesso e di conseguenza le politiche atte a rispondere a tali problematiche complessivamente intese, se anche tali risposte esistono certo appaiono molto poco valorizzate nell'ambito della programmazione zonale.

Si tratta di problematiche, che come abbiamo visto essere in crescita in Veneto e capaci di assumere dimensioni rilevanti, in particolare nelle vallate. Una funzione a nostro parere importante che dunque l'osservatorio socio-sanitario dell'Alto Vicentino dovrebbe assumere è proprio quello di dare il via ad una serie di riflessioni sul tema e ad una specifica analisi delle risposte che il territorio mette in campo per fronteggiarle: non essendo la Ulss il soggetto chiamato a coordinare tale politica sarebbe assolutamente auspicabile un ruolo della Fondazione Palazzo Festari volto a far crescere nel territorio la consapevolezza delle dimensioni e delle caratteristiche del problema, del livello e delle caratteristiche del sistema di offerta in direzione magari di una omogeneità di risposte e di servizi rivolti ai suoi cittadini più fragili e marginali.

4. L'approfondimento tematico: gli anziani

4.1 Le condizioni socio-demografiche delle persone anziane nei territori dei Comuni di Schio, Thiene e Valdagno

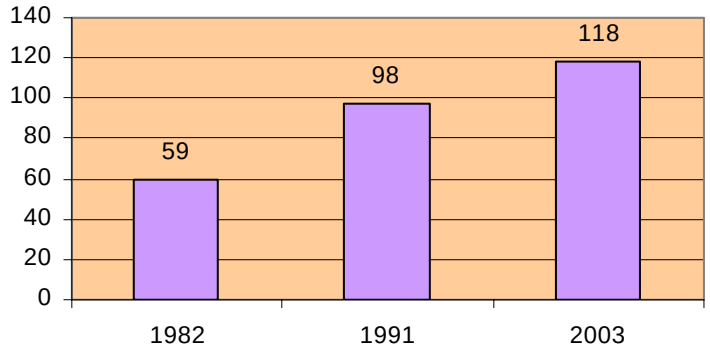
L'invecchiamento della popolazione

La popolazione anziana nell'Alto Vicentino è andata crescendo molto negli ultimi vent'anni. L'indice di vecchiaia, ossia l'indice sintetico che esprime il numero di anziani residenti ogni 100 giovani di età inferiore a 15 anni, mostra chiaramente il marcato invecchiamento della popolazione. Se nel 1982 questo valore era pari a 59, nel 2003 appare raddoppiato: per 100 bambini e ragazzi sono stati rilevati, infatti, 118 anziani (Grafico 1).

Grafico 1

Indice di vecchiaia nell'Alto Vicentino

(variazione in serie storica)



Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Il dato relativo al 2003 appare leggermente superiore a quello provinciale (113), ma decisamente inferiore a quello regionale (136). Questo significa che la popolazione dell'Alto Vicentino è lievemente più anziana rispetto alla Provincia di Vicenza, ma significativamente più giovane in confronto a quella della Regione Veneto.

Fra i Comuni dell'Alto Vicentino esiste una notevole variabilità rispetto al rapporto tra anziani e giovani. L'indice di vecchiaia assume un *range* di valori che va da un minimo di 78 (Villaverla) ad un massimo di 400 (Laghi)[1]. Valdagno e Schio mostrano di avere una popolazione piuttosto "anziana" (l'indice di vecchiaia è pari, rispettivamente, a 159 e 150) mentre Thiene (123) ha un rapporto di tipo "intermedio", non molto lontano dal valore medio dei comuni dell'Alto Vicentino.

[1] Per il dato dettagliato vedi il Capitolo 1, Tabella 9.

La composizione della popolazione anziana per genere

Nel 2003 gli anziani residenti nei comuni dell'Alto Vicentino erano complessivamente 42.421, di cui 23.033 dai 65 ai 74 anni e 19.388 oltre i 74 anni. La quota % di soggetti anziani sul totale della popolazione residente era pari al 17,5% e la quota di grandi anziani (di età superiore a 74 anni) ammontava al 8,0% (Tabella 1).

Tabella 1

Anziani per genere nel territorio dell'Alto Vicentino – 2003

(valore assoluto e percentuale sul totale della popolazione)

	più di 64 anni	tra 65 e 74	più di 74	% più di 64 anni	% tra 65 e 74 anni	% più di 74 anni
Maschi	16.778	10.465	6.322	6,9	4,3	2,6
Femmine	25.643	12.577	13.066	10,6	5,2	5,4
M + F	42.421	23.033	19.388	17,5	9,5	8,0

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

La popolazione anziana è composta in prevalenza da donne: se gli uomini anziani (con più di 64 anni) costituiscono il 6,9% dell'intera popolazione dell'Alto Vicentino, la quota di donne anziane rappresenta ben il 10,6%.
L'analisi della composizione per genere di queste classi mostra che 6 anziani su 10 sono donne (Tabella 2). La componente femminile cresce all'aumentare dell'età: se nella fascia da 65 a 74 anni si ha una situazione di "quasi parità", nel gruppo dei grandi anziani quasi 7 individui su 10 sono donne.

Tabella 2

Anziani per genere nel territorio dell'Alto Vicentino – 2003

(valore percentuale sul totale della classe di età)

	più di 64 anni	tra 65 e 74 anni	più di 74 anni
Maschi	39,5	45,4	32,6
Femmine	60,5	54,6	67,4
M + F	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Questo fenomeno è riscontrabile anche nella popolazione dei Comuni di Schio, Thiene e Valdagno (Tabelle 3, 4, 5, 6, 7, 8).
A Schio e Valdagno la quota di anziani (con più di 64 anni) sul totale della popolazione residente è superiore a quella media dell'Alto Vicentino di almeno 3 punti percentuali (essendo rispettivamente pari a 20,5 e 20,9%). Gli ultrasettantaquattrenni, in particolare,

risultano essere in entrambi i Comuni superiori al dato medio di quasi il 2 punti, costituendo quasi il 10% della popolazione totale (Tabelle 3 e 5).

Tabella 3

Anziani per genere nel Comune di Schio – 2003

(valore assoluto e percentuale sul totale della popolazione)

	più di 64 anni	tra 65 e 74	più di 74	% con più di 64 anni	% tra 65 e 74 anni	% con più di 74 anni
Maschi	2.964	1.749	1.215	7,8	4,6	3,2
Femmine	4.787	2.238	2.549	12,7	5,9	6,7
M + F	7.751	3.987	3.764	20,5	10,5	9,9

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Tabella 4

Anziani per genere nel Comune di Schio – 2003

(valore percentuale sul totale della classe di età)

	con più di 64 anni	tra 65 e 74 anni	con più di 74 anni
Maschi	38,2	43,9	32,3
Femmine	61,8	56,1	67,7
M + F	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Tabella 5

Anziani per genere nel Comune di Valdagno – 2003

(valore assoluto e percentuale sul totale della popolazione)

	più di 64 anni	tra 65 e 74	più di 74	% con più di 64 anni	% tra 65 e 74 anni	% con più di 74 anni
Maschi	2.128	1.298	830	7,9	4,8	3,0
Femmine	3.527	1.658	1.869	13,0	6,1	6,9
M + F	5.655	2.956	2.699	20,9	10,9	9,9

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Tabella 6

Anziani per genere nel Comune di Valdagno – 2003

(valore percentuale sul totale della classe di età)

	con più di 64 anni	tra 65 e 74 anni	con più di 74 anni
Maschi	37,6	43,9	30,8
Femmine	62,4	56,1	69,2
M + F	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

La composizione per genere della popolazione anziana di Schio e Valdagno (Tabelle 4 e 6) mostra una maggiore numerosità delle femmine rispetto al dato medio dell'Alto Vicentino: in particolare a Valdagno le donne anziane costituiscono il 62,4% degli ultrasessantaquattrenni.

La popolazione anziana di Thiene (Tabelle 7 e 8) mostra di avere caratteristiche molto simili al dato medio, sia in termini di quota sul totale della popolazione che di composizione per genere.

Tabella 7

Anziani per genere nel Comune di Thiene – 2003

(valore assoluto e percentuale sul totale della popolazione)

	più di 64 anni	tra 65 e 74	più di 74	% con più di 64 anni	% tra 65 e 74 anni	% con più di 74 anni
Maschi	1.468	919	549	7,0	4,4	2,6
Femmine	2.300	1.151	1.149	10,9	5,4	5,4
M + F	3.768	2.070	1.698	17,9	9,8	8,0

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

Tabella 8

Anziani per genere nel Comune di Thiene – 2003

(valore percentuale sul totale della classe di età)

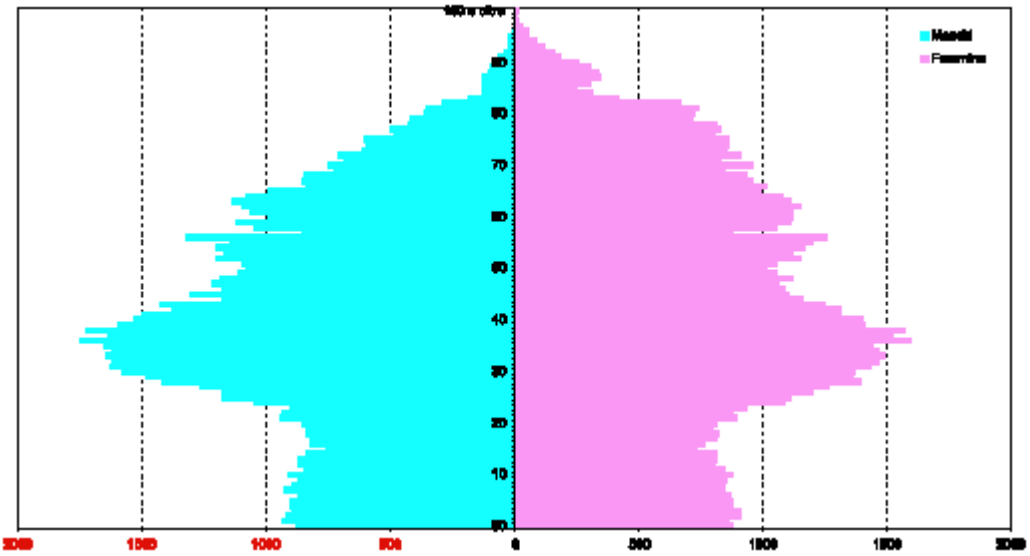
	con più di 64 anni	tra 65 e 74 anni	con più di 74 anni
Maschi	39,0	44,4	32,3
Femmine	61,0	55,6	67,7
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione IRS su dati Istat

I grafici relativi alla piramide della popolazione residente nei territori dell'Ulss 4 e 5 (Grafico 2 e 3) permette di osservare facilmente le differenze nella composizione per genere delle diverse età. In entrambi i casi, se fino ai 65 anni non vi sono differenze significative fra le due parti del diagramma (maschi a sinistra e femmine a destra) che appaiono sostanzialmente simmetriche, successivamente si osserva una accentuata asimmetricità: la quantità di donne anziane è infatti significativamente maggiore rispetto a quella maschile.
È, inoltre, di particolare rilevanza in entrambi i territori, la differenza esistente nel numero di donne e di uomini ultraottantenni: la piramide appare decisamente "spostata" a destra.

Grafico 2

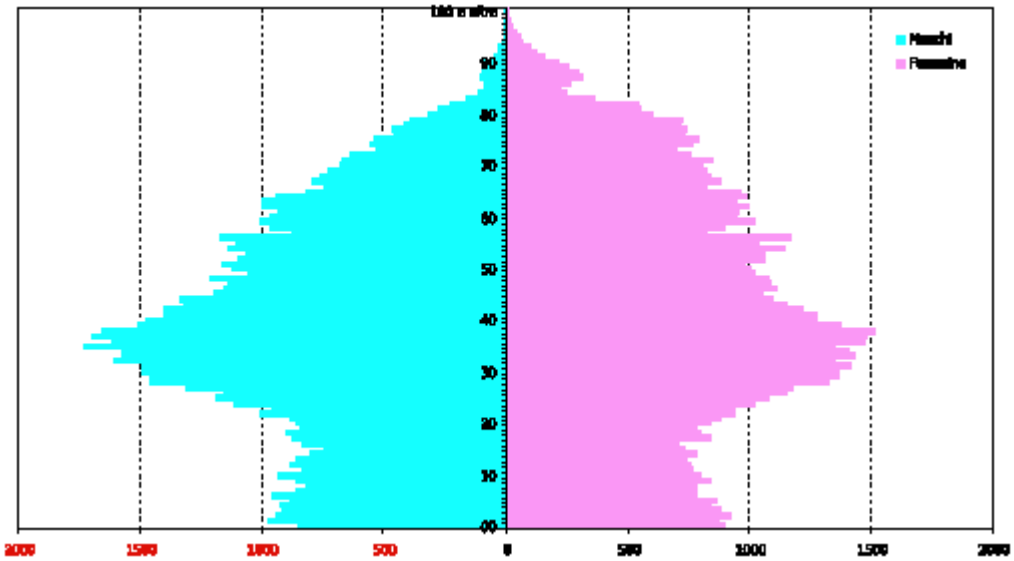
Piramide della popolazione residente nel territorio dell'Ulss 4 Thiene



Fonte: Istat 1.1.2003, U.P. Statistica - Regione del Veneto. Elaborazioni a cura dell'Osservatorio Anziani

Grafico 3

Piramide della popolazione residente nel territorio dell'Ulss 5 Ovest Vicentino



Fonte: Istat 1.1.2003, U.P. Statistica - Regione del Veneto. Elaborazioni a cura dell'Osservatorio Anziani

Le previsioni

Le previsioni della popolazione anziana nelle Ulss 4 e 5 fino al 2020 mostrano un andamento simile (Grafici 4 e 5):

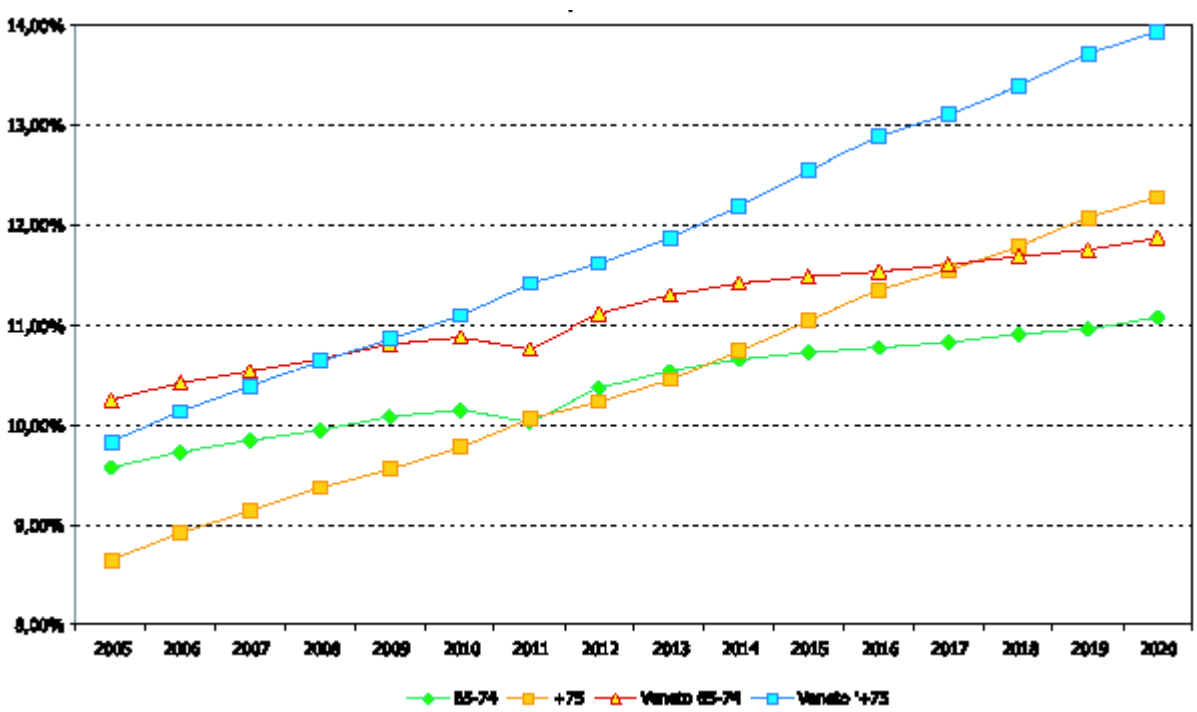
- L'incremento percentuale della quota di soggetti in età 65-74 e maggiori di 75 anni nel corso del tempo;
- Nel 2011 si assisterà ad una leggera flessione nella quota di anziani tra 65 e 74 anni;
- La quota di ultrasettantacinquenni crescerà in maniera piuttosto marcata, al punto da eguagliare quella degli anziani tra 65 e 74 anni, nel periodo a cavallo tra il 2011 e il 2014, per poi superarla in modo sempre più marcato.

La popolazione dell'Ulss 4 tra 65 e 74 anni passerà dal 9,6% circa del 2005 a poco più dell'11% nel 2020, mentre quella dell'Ulss 5 da circa il 9,2% al 10,8%. Gli ultrasettantacinquenni cresceranno di oltre tre punti percentuali tanto nell'Ulss 4 (da circa l'8,7% del 2005 al 12,2% circa del 2020) che nell'Ulss 5 (dall'8,3% al 11,9% circa).

Un confronto con l'andamento della popolazione a livello regionale mostra che la quota di anziani e grandi anziani si manterrà, in entrambi i territori, ad un livello inferiore. Il raggiungimento della quantità di individui nella fascia dai 65 ai 74 anni da parte degli ultrasettantacinquenni avverrà per la popolazione regionale con una certo anticipo rispetto a quella delle due Ulss, e precisamente nel 2008. Va infine segnalata la quota veramente ragguardevole di ultrasettantacinquenni nella Regione Veneto, che nel 2020 arriverà a costituire quasi il 14% dell'intera popolazione.

Grafico 4

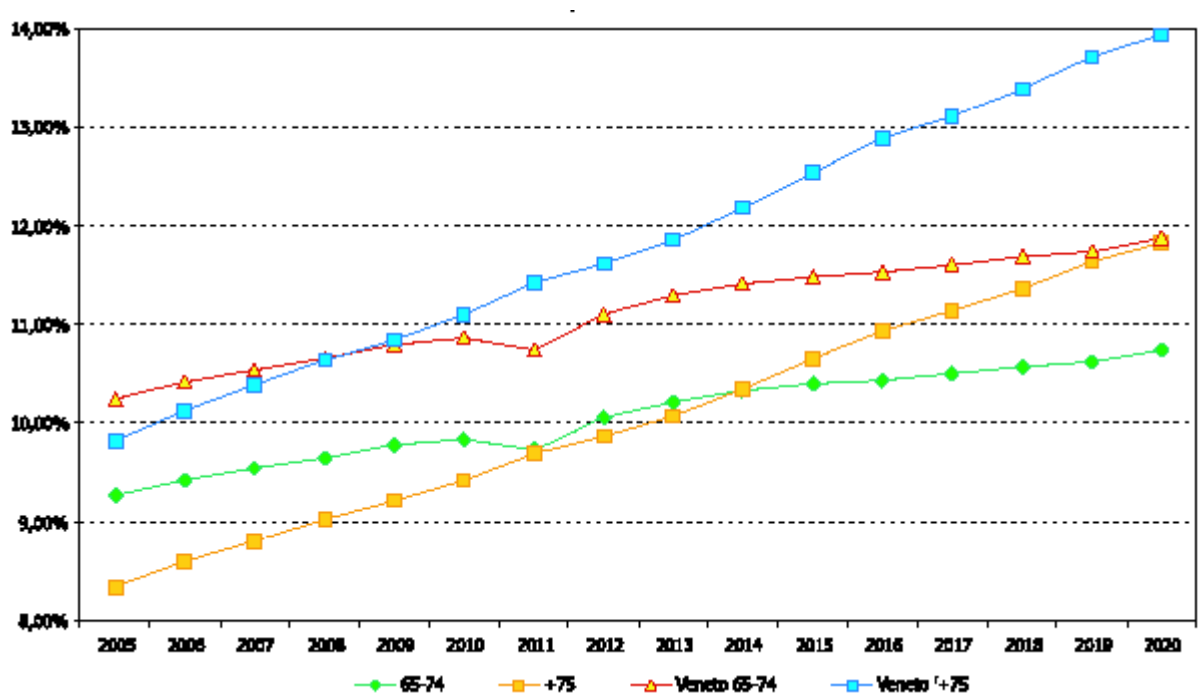
Previsione della distribuzione della popolazione anziana dell'Ulss 4
(valori percentuali)



Fonte: Regione del Veneto, Osservatorio Anziani

Grafico 5

Previsione della distribuzione della popolazione anziana dell'Ulss 5
(valori percentuali)



Fonte: Regione del Veneto, Osservatorio Anziani

4.2 I bisogni socio-sanitari degli anziani

Un ragionamento sui bisogni socio-sanitari della popolazione anziana deve partire dal necessario presupposto che questi possono essere espressi o inespressi. Laddove la domanda è espressa, dunque nota e manifesta, il bisogno può essere già soddisfatto da parte dei servizi oppure insoddisfatto quando l'offerta è carente o addirittura assente. Nel caso di bisogni inespressi, i servizi, qualora esistenti, non vengono utilizzati in quanto l'individuo non li interpreta come risposta ad una propria esigenza.
È dunque di fondamentale importanza non confondere il bisogno dei servizi con l'uso dei servizi in quanto la domanda e l'offerta non sono necessariamente in rapporto diretto. Ai fini programmatori, è importante individuare correttamente quelli che sono i bisogni, tanto quelli manifesti (per poter offrire servizi in grado di soddisfare adeguatamente la domanda) quanto quelli inespressi, affinché i servizi che potrebbero rispondere a questi bisogni non rimangano una risorsa inutilizzata.
L'analisi che segue è stata realizzata attraverso una lettura di ricerche già effettuate nei territori[2], dalle riflessioni contenute nei Piani di Zona e attraverso interviste e focus group che hanno coinvolto osservatori privilegiati.[3]

Uno scenario comune

Il contesto sociale in cui vivono gli anziani nell'Alto Vicentino appare oggi molto cambiato: le donne sono frequentemente impegnate nel lavoro fuori casa e le coppie preferiscono spesso vivere in una abitazione distinta da quella dei genitori (benché, molte volte, vicina). Dalla ricerca condotta nel corso del 2005 dal Comune di Thiene sulla popolazione residente ultraottantenne, risulta che il 38% degli anziani intervistati vivono soli, e di questi circa un quarto non ha figli; il 47% vive con un'altra persona (di cui circa la metà sono coniugati) e il 15% vive in un nucleo familiare composto da più persone. La ricerca condotta a Schio sulla popolazione ultrasessantacinquenne ha evidenziato risultati simili: su 485 anziani intervistati, il 24% vive da solo; il 53% vive con un'altra persona e il restante 22% vive in un nucleo familiare composto da almeno tre persone.
Se da un lato gli anziani, grazie ai miglioramenti nella prevenzione e nella cura delle malattie, hanno oggi la **possibilità di vivere a lungo in buona salute**, dall'altro il calo della mortalità per patologia acuta e l'aumento di quella cronico-degenerativa ha portato ad una generale crescita dello stato di non autosufficienza dovuto a disabilità, al deterioramento cognitivo e alla demenza che ha avuto come conseguenza l'**aumento della domanda di assistenza di lungo periodo**. A tutto ciò fa da sfondo il cambiamento dei reparti ospedalieri sempre più orientati a farsi carico della fase acuta della malattia e a riversare il decorso post-acuzie sulle famiglie e/o sui servizi territoriali, che risultano di frequente insufficienti a gestire la complessità dei bisogni.

[2] "Indagine sui bisogni degli anziani nel Comune di Schio", Ires Veneto, 2002; "Indagine sulla popolazione anziana del Comune di Thiene", Pro Senectute, 2005.
[3] Le interviste e i focus group sono stati realizzati nel corso del 2005 e hanno coinvolto Assessori comunali, dirigenti delle Ulss, direttori di case di riposo, responsabili di associazioni e fondazioni che operano in favore degli anziani.

Le famiglie si trovano quindi, nella condizione di dover assistere in maniera autonoma i propri anziani, facendo spesso ricorso all'aiuto di assistenti domiciliari private a pagamento: questo implica un elevato carico emotivo che ha ricadute spesso negative sul piano delle relazioni famigliari. Inevitabili sono anche le ricadute su colui che all'interno della famiglia sostiene il maggior carico assistenziale, con il rischio che tale figura si immobilizzi su un'assunzione diretta di tutti i compiti di cura ed assistenza o, al contrario, tenda ad assumere atteggiamenti sempre più deleganti verso agenzie esterne. Ciò dunque crea crescenti problemi di compatibilità tra la gestione della propria famiglia, dell'anziano e dell'attività lavorativa.[4]

La figura dell'anziano può apparire, quindi, da un lato una risorsa (ad esempio nella cura dei nipoti o nelle attività di volontariato) dall'altro una presenza difficilmente gestibile in caso di mancanza di autonomia. In questo scenario i servizi socio-sanitari sono chiamati sempre più a fornire risposte adeguate ai bisogni di una popolazione anziana che mostra al proprio interno **livelli differenti nel grado di dipendenza** e che necessita pertanto di **risposte articolate e differenziate**.

Alcune specificità del territorio di Schio

L'indagine sulla popolazione anziana di Schio, realizzata nel 2002, era basata sull'assunto che per rilevare i bisogni è fuorviante rifarsi ad un indicatore quale le prestazioni erogate: la raccolta dei dati è avvenuta, pertanto, attraverso interviste telefoniche a 485 anziani, sulla base di un questionario strutturato volto ad indagare, oltre alle caratteristiche anagrafico-economico-abitative, lo stato di salute, la conoscenza e l'uso dei servizi, la vita di relazione.

Il quadro appare positivo: relativamente alla percezione del proprio **stato salute**, gli intervistati hanno espresso un giudizio positivo (potrebbe tuttavia esserci stata una sorta di autoselezione per cui i le persone in condizione di maggiore fragilità non hanno accettato di partecipare alla ricerca). Precisamente, il 23,7% ha risposto di sentirsi in buone condizioni di salute, il 57,5% in discrete condizioni, mentre il 18,8% ha denunciato cattive condizioni. È emerso anche uno scarso ricorso al medico: il 34% ha dichiarato di non aver fatto visita al medico curante nell'ultimo mese e il 43% vi si è recato una sola volta. Il restante 22% si è recato dal medico più di due volte. Ancora meno rilevante è il ricorso a servizi ospedalieri: ben il 77% degli intervistati non ha avuto bisogno di ricoveri nell'ultimo anno.

In riferimento al proprio grado di **autonomia funzionale** è emerso che l'80,6% degli intervistati si muove facilmente all'interno della propria casa, il 14,4% ha evidenziato una difficoltà e il 4,9% ha dichiarato di avere molta difficoltà di spostamento (nelle situazioni di bisogno i soggetti che intervengono sono principalmente i membri della rete familiare, coniuge o figli, e in misura inferiore personale a pagamento). Per quanto riguarda l'abilità di muoversi all'esterno dell'abitazione è emersa una **buona capacità di mobilità**: la metà degli anziani intervistati ha dichiarato di spostarsi autonomamente in automobile, il 28% si sposta in bicicletta, un buon 7% si muove a piedi, mentre il 17% utilizza autobus comunali o corriere. Rispetto al grado di autonomia nello sbrigare pratiche personali, si è evidenziato il

[4] I servizi domiciliari ravvisano la necessità di fornire un adeguato sostegno psico-sociale alla famiglia che viene a trovarsi sempre più sola ed isolata sul piano emotivo. Obiettivo, per esempio, postosi dalla Ulss 5.

ruolo forte rivestito dalla rete familiare: il 73% degli intervistati ha infatti dichiarato di prendere decisioni dopo aver consultato il resto della famiglia.
Nonostante il ruolo forte della famiglia quattro intervistati su dieci (soprattutto di donne tra i 65 e i 70 anni) hanno espresso "il bisogno di sapere **a chi rivolgersi in caso di bisogno**" e la "necessità di avere **maggiori risorse economiche**". Specularmente, è stato segnalato dagli osservatori privilegiati come per i servizi il problema sia "vedere" e contattare i casi critici, con disagio economico e abitativo, che spesso sono invisibili.
Un altro aspetto problematico emerso dall'analisi effettuata è la **scarsa conoscenza, da parte degli anziani residenti a Schio, dei servizi a loro rivolti**. Ad esempio, l'opportunità dei soggiorni climatici è del tutto sconosciuta a oltre 3 anziani su 10, mentre il Telesoccorso e l'assistenza economica sono ignorati da circa 7 anziani su 10. La spiegazione data dagli anziani in merito mancato utilizzo dei servizi disponibili è la mancanza del bisogno e, in misura minore, il ruolo suppletivo della famiglia. La scarsa conoscenza dei servizi offerti e la ridotta propensione al loro utilizzo è stata segnalata anche durante i focus group: la figura indicata come quelle maggiormente adatta a svolgere un ruolo informativo è il medico di famiglia, che dovrebbe rivolgersi non solo all'anziano, ma anche ai suoi familiari.
Dall'indagine sui bisogni degli anziani a Schio scaturisce l'immagine di una popolazione con un buon livello di autonomia, ma una scarsa attitudine alla vita di relazione fuori dalla famiglia. Anche il focus group ha evidenziato la necessità di creare occasioni di **socializzazione**: molti anziani soffrono di solitudine e mostrano chiaramente il bisogno di chiacchierare e relazionarsi con altri, tanto che alcune iniziative come i corsi formativi organizzati dal Comune di Malo hanno avuto un successo sorprendente. La **solitudine** è stato segnalato come problema emergente della popolazione anziana anche durante le interviste: il Comune di Schio, in proposito, ha lanciato il "Progetto quartiere Tretto" con il quale cerca di favorire un contatto stretto tra persona anziana residente e la persona incaricata di fornire assistenza, trasporto medicine, contatto umano e controllo (che abita essa stessa nel quartiere).
Le interviste agli osservatori privilegiati hanno evidenziato la necessità che le persone anziane siano adeguatamente **informate sui rischi** connessi al fatto di vivere in **ambienti domestici** spesso strutturalmente inadeguati (soprattutto per coloro che vivono da soli). Per prevenire gli incidenti domestici (riducendo l'impatto sanitario dell'invecchiamento) è in corso presso il Distretto di Schio un progetto che prevede un primo incontro con gli anziani a casa loro per informare e rilevare i comportamenti scorretti.
Infine, durante i focus group è stato messo in luce come a Schio e nelle zone limitrofe il bisogno di **assistenza per i lungo degenti** sia insoddisfatto, "al limite dell'emergenza". Questa carenza è stata supplita dal sistema badanti che si trova ora in crisi a causa delle attuali (costose) procedure di regolarizzazione. Indice di questo forte bisogno è la lunga lista di attesa per ottenere un posto in casa di riposo, nonostante il costo elevatissimo di questo servizio.

Alcune specificità dl territorio di Thiene

La ricerca sugli anziani ultraottantenni residenti a Thiene, realizzata nel corso del 2005, che ha considerato un campione di oltre 500 persone, ha evidenziato come quasi un quarto degli

anziani che vivono soli (ossia il 38% degli intervistati) soffra di **depressione**: percentuale che scende al 16% per coloro che vivono con almeno un'altra persona. Possiamo quindi supporre che la **solitudine** abbia un ruolo importante nello sviluppo di questo disagio. L'opportunità di avere scambi relazionali e di accedere ai servizi pubblici e privati disponibili, è facilitata dalla residenza nel centro storico (condizione che riguarda il 43% degli intervistati), mentre è ovviamente inferiore per coloro che risiedono in case sparse (solo l'1% del campione). La maggioranza degli intervistati (il 53%) vive in periferia o in frazioni, condizione che spesso facilita la vicinanza ai figli.

La **condizione abitativa** denunciata dagli anziani intervistati ha evidenziato problemi legati soprattutto alla mancanza dell'ascensore (249 casi, di cui 84 sono persone che vivono sole): ciò limita fortemente la potenziale autonomia dell'individuo.

Tra coloro che vivono soli il 79% ritiene di poter contare, in caso di bisogno, sull'aiuto di parenti o amici, mentre il 12% pensa di doversi arrangiare completamente (circa la metà di questi non ha figli). Questo risultato, tuttavia, è molto simile a quello riscontrato tra coloro che vivono all'interno di un nucleo familiare.

Anche in questo caso l'indagine ha messo in luce una **scarsa conoscenza dei servizi sociali disponibili**: circa la metà degli intervistati conosce il servizio di assistenza domiciliare, il servizio pasti e i soggiorni climatici; circa 4 anziani su 10 sanno cos'è il telesoccorso, mentre i mini-alloggi sono conosciuti da poco più di 3 anziani su 10. Il resto dei servizi (trasporti, centri diurni, centri ricreativi, servizi del volontariato) sono conosciuti da 2 o al massimo 3 anziani su 10. Si è quindi evidenziata una situazione di scarsa informazione rispetto ai servizi sociali, mentre quelli sanitari risultano un po' più conosciuti: la metà conosce il servizio di assistenza infermieristica (ADI) e le case di riposo, mentre 6 anziani su 10 sanno di poter effettuare visite e/o cure specialistiche. Solo 3 individui su 10 conoscono i servizi di riabilitazione. Secondo i partecipanti al focus group l'**informazione chiara** sui **percorsi possibili e i servizi disponibili** (che peraltro mancano di un raccordo) andrebbero fornite personalmente poiché l'anziano legge difficilmente gli opuscoli: il suggerimento emerso è che il compito di informare venga svolto dagli anziani "attivi" (che potrebbero essere reclutati tra quanti stanno per andare in pensione) presso lo studio del medico di base.

Il **giudizio sulla qualità dei servizi sociali pubblici e dei servizi sanitari**, da parte di chi ne ha fatto uso, è buono per il 75% dei rispondenti, ma per quanto riguarda i servizi sanitari è stato segnalato il problema dei tempi di attesa troppo lunghi. L'assistenza privata è utilizzata dal 27% degli intervistati, ed è prestata in maniera preponderante da amici/conoscenti oppure da badanti extracomunitarie.

Rispetto alla previsione dei **bisogni futuri** il 45% degli intervistati ritiene che avrà bisogno di una **assistenza a domicilio**, il 36% di un **aiuto economico** e il 30% di aiuti per il **trasporto** e la mobilità. Quest'ultimo è stato indicato dai partecipanti al focus group come un bisogno molto sentito dalla popolazione anziana di Thiene che ha l'esigenza di recarsi dal proprio domicilio all'ospedale o agli ambulatori medici per effettuare visite, esami specialistici, ecc. Si tratta di un servizio ritenuto dall'Ulss di competenza comunale, che in svariati casi è attivo per l'iniziativa delle associazioni di volontariato. Per quanto concerne i bisogni di tipo sanitario oltre ad un bisogno di tipo infermieristico è piuttosto diffusa la convinzione di non riuscire più, in futuro, a rimanere al proprio domicilio, arrivando a dover ricorrere alla **casa di**

risposo. Il 92% degli intervistati ha comunque dichiarato che farebbe a meno del ricovero in una residenza sanitaria, se potesse fare altrimenti, e ben il 28% ha dichiarato di non aver mai visitato una casa di riposo: si evidenzia così, la necessità di una apertura al territorio di queste strutture, che sarebbe di giovamento sia per gli ospiti che per la cittadinanza.
Molti intervistati segnalano la necessità di un **supporto alla permanenza a domicilio** delle persone anziane, oggi grandemente sostenute dal ricorso all'assistenza privata: essi ritengono che per sostenere adeguatamente l'autonomia dovrebbero essere forniti maggiori ausili economici alle famiglie quali assegni di accompagnamento, contributi economici, sussidi per l'assunzione di collaboratori. Le interviste agli osservatori privilegiati hanno evidenziato la necessità, per gli anziani, di essere maggiormente garantiti rispetto all'utilizzo del lavoro di cura prestato dalle **assistenti domiciliari** (dall'indagine condotta dai medici di base è emerso che sul territorio sarebbero circa 1.000): a livello di Ulss stanno iniziando a strutturare percorsi di formazione e accompagnamento. La necessità di una adeguata l'assistenza domiciliare tanto per coloro che hanno bisogno di aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane, quanto per coloro che necessitano di un'assistenza di tipo infermieristico è stata evidenziata anche durante i focus group: spesso le famiglie che si fanno carico della cura di un anziano con problemi di dipendenza ricorrono all'aiuto di una badante che, come già sottolineato, può fornire un aiuto non specializzato ad un costo elevato.
Se circa 8 anziani su 10 escono di casa almeno una volta alla settimana per passeggiare, andare dalla parrucchiera, per negozi o al cimitero, vi è una minoranza che per problemi di deambulazione (e in misura inferiore per depressione) ha raramente occasione di **socializzare** al di fuori della propria abitazione: in questi casi il volontariato potrebbe fornire un supporto valido. Per quanto riguarda la partecipazione ad **attività ricreative**, prevale in maniera netta la partecipazione alle iniziative della parrocchia rispetto a quelle dei centri sociali, ricreativi e culturali: questo dato è certamente da considerare in quanto la parrocchia potrebbe essere il luogo adatto a fornire le informazioni sui servizi socio-sanitari di cui, come abbiamo visto, la gran parte degli anziani intervistati a Thiene non dispone.

Alcune specificità del territorio di Valdagno

L'analisi sui bisogni della popolazione anziana in questo territorio ha evidenziato, in primo luogo, la **difficoltà** di molte persone anziane ad **esprimere i propri bisogni**. Le cause ipotizzate sono molteplici: da un lato il pudore spinge molte persone bisognose (soprattutto quelle in condizioni peggiori) a non chiedere aiuto, dall'altro c'è il problema della scarsa conoscenza dei servizi disponibili che potrebbe essere dovuta al basso livello di scolarità di molti anziani residenti nel territorio, che non hanno l'abitudine di leggere. Si delinea così la necessità per l'anziano di ricevere una **informazione** chiara su quelli che sono i **servizi socio-sanitari** (del Comune, dell'Ulss, del terzo settore) di cui potrebbe usufruire e, di conseguenza, sui suoi **diritti.** Ciò è reso difficoltoso dal fatto che la persona anziana tende per sua natura ad isolarsi e difficilmente si presenta agli enti preposti (sono questi che dovrebbero trovare il modo di "arrivare" a lui).
In secondo luogo, è emerso il bisogno degli anziani con problemi di dipendenza di ricevere una adeguata **assistenza a domicilio.** Oggi le famiglie hanno grosse difficoltà (per mancanza di tempo e di spazio domestico) a prendersi cura di un anziano bisognoso di

assistenza e quest'ultimo, spesso, si trova solo fra le quattro mura domestiche accudito dal servizio di assistenza domiciliare solo un paio di ore al giorno. Le famiglie cercano, così, di far fronte alla necessità di cura tramite il lavoro svolto dalle badanti che però, nella maggior parte dei casi, è poco qualificato, intermittente e costoso. Anche qui, è stato messo in luce il bisogno dell'anziano, di avere **garanzie in merito alla formazione, alla professionalità delle badanti e alla continuità del loro lavoro nel tempo**.
Anche a Valdagno è stato segnalato il bisogno degli anziani di ricevere un'**assistenza residenziale** soprattutto nell'area della patologia, che attualmente non trova una risposta soddisfacente da parte del sistema dei servizi.
Infine, un aspetto importante evidenziato è la necessità di **valorizzare le risorse** di cui gli anziani sono ancora portatori, che possono essere messe a disposizione degli altri.

Una sintesi dei principali bisogni degli anziani emersi nell'Alto Vicentino

In sintesi, dalle ricerche, dalle interviste ai testimoni privilegiati e dai focus group è emerso :

- La **difficoltà per gli anziani di esprimere i propri bisogni** e la difficoltà per i servizi di intercettare i bisogni che non trovano modalità di espressione. I servizi non sanno come fare per intercettare i casi critici con disagio economico e abitativo, nascosto il più delle volte per pudore. È dunque di fondamentale importanza non confondere il bisogno dei servizi con l'uso dei servizi in quanto la domanda e l'offerta non sono necessariamente in rapporto diretto.

- La **scarsa conoscenza**, da parte degli anziani **dei servizi** a loro rivolti. Ad esempio, a Schio l'opportunità dei soggiorni climatici è del tutto sconosciuta a oltre 3 anziani su 10 mentre il telesoccorso e l'assistenza economica sono ignorati da circa 7 anziani su 10, mentre a Thiene solo 2/3 anziani su 10 conoscono i servizi di trasporto, i centri diurni, i centri ricreativi, i servizi del volontariato. Questo tema è emerso non solo nelle due ricerche, ma anche nelle interviste ai testimoni privilegiati (Valdagno) e nei focus group tenuti nei tre territori di riferimento. La scarsa informazione (o la difficoltà nel trovare le modalità comunicative più adeguate) porta ad una difficoltà di riconoscimento da parte degli anziani di quelli che sono i propri diritti.

- La ricerca realizzata a Schio ha evidenziato da parte degli anziani un "**bisogno di sapere a chi rivolgersi in caso di bisogno**". Alcuni testimoni privilegiati inoltre hanno sottolineato la presenza sul territorio di molte situazioni di solitudine alle quali qualche servizio cerca di rispondere attraverso progetti volti a creare contatti tra le persone anziane residenti e persone incaricate a svolgere un ruolo di punto di riferimento nel quartiere e a fornire assistenza, contatto umano e controllo periodico. Questo è certamente più facile nelle realtà di piccole dimensioni, punto di forza del territorio dell'Alto Vicentino.

- Ben il 46% degli anziani intervistati a Schio (tra i quali in particolare le donne tra i 65 e i 70 anni) ha dichiarato "la necessità di avere **maggiori risorse economiche**", mentre la gran parte degli ultraottantenni intervistati a Thiene ha affermato che sarebbero necessari maggiori supporti economici per le famiglie: assegno di accompagnamento, contributi economici, sussidi per chi assume una badante.

- Una problematica che sta emergendo, evidenziatasi nelle interviste ai testimoni privilegiati è quella legata al ruolo e alla professionalità delle **assistenti domiciliari**: l'anziano infatti ha la necessità di avere garanzie in merito alla formazione, alla professionalità delle badanti e alla continuità del loro lavoro nel tempo.

- Un problema rilevate è legato alla presenza sul territorio di persone anziane autosufficienti, ma che non sono in grado di rimanere al proprio domicilio magari per la mancanza di familiari ai quali appoggiarsi. Le **case di riposo** presenti sul territorio infatti sono quasi esclusivamente destinate agli anziani non autosufficienti. Eppure questo è un bisogno non irrilevante al quale il sistema dei servizi è opportuno che risponda.

- Dai focus group è emersa la necessità, per gli anziani che hanno problemi di dipendenza, di ricevere una adeguata **assistenza domiciliare,** tanto di tipo assistenziale che infermieristico. Il servizio fornito sembra essere in grado di dare una risposta solo ai casi più gravi.

- Il bisogno di **assistenza residenziale** soprattutto nell'area della patologia e della lungo degenza non trova attualmente una risposta soddisfacente da parte del sistema dei servizi tanto a Schio quanto a Valdagno.

- I servizi domiciliari, come evidenziato dai focus group, sono sempre più oggetto di un numero crescente di **domande di trasporto**[5] da parte di anziani parzialmente autosufficienti e non autosufficienti del territorio. Si tratta prevalentemente di richieste avanzate da persone sole, da coppie sole di anziani, o da chi è inserito in una rete familiare che si trova in grave difficoltà per impegni lavorativi. Le richieste si riferiscono prevalentemente all'accesso ai servizi socio-sanitari: ambulatori distrettuali specialistici, ambulatori ospedalieri per cicli di riabilitazione.

- Infine, va sottolineato che **gli anziani hanno molte risorse** che potrebbero mettere a disposizione della comunità: questo darebbe soddisfacimento al bisogno di sentirsi attivi e "utili" e contribuirebbe, attraverso una adeguata valorizzazione, a produrre servizi validi per la cittadinanza.

[5] Vedi anche la parte sui punti di criticità del sistema dei servizi (paragrafo 4.5).

4.3 La mappatura delle risorse pubbliche, private e del volontariato rivolte agli anziani e il loro utilizzo

In questo paragrafo viene data una breve descrizione dei servizi socio-sanitari rivolti agli anziani che, integrati sempre più fra loro, cercano di fornire una risposta adeguata a bisogni molteplici e complessi. Nel paragrafo successivo vengono invece messe a fuoco le eventuali criticità individuate dai testimoni privilegiati coinvolti.
L'analisi dei servizi presenti sul territorio delle Ulss 4 e 5, di cui fa parte la quasi totalità dei Comuni dell'Alto Vicentino, ha inizio con il Servizio Sociale di base che riveste un ruolo importante nel coordinamento delle prestazioni. Fanno seguito i servizi di: Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); il telesoccorso ed il telecontrollo; i contributi economici; i centri diurni, i servizi residenziali, le attività promosse dal Terzo Settore.

Il servizio sociale di base

Come si legge nel Piano di Comunità dell'Ulss 4, "*Il servizio sociale di base ha il fondamentale compito di rilevare e misurare i bisogni di un territorio avendo un costante rapporto con i cittadini, le Amministrazioni Comunali, le associazioni, con particolare riferimento a quelle di volontariato, e i servizi dell'Azienda Sanitaria. L'assistente sociale che opera nel servizio sociale di base si può definire "regista delle risorse" in quanto lavora in un ottica di "rete", assicurando una integrazione alla varietà di interventi sociali. L'assistente sociale svolge un ruolo di indirizzo e sostegno alle persone per azionare o rimettere in moto nella rete ciò che le può aiutare. (…) Per rispondere alle necessità dei cittadini, dopo la valutazione del bisogno, può avvalersi di servizi semplici erogabili direttamente dal Comune o può attivare la valutazione multidimensionale per l'attivazione di servizi sociosanitari*."
Nel periodo di validità del Piano di Zona 2001-03 sono stati effettuati nell'Ulss 4 importanti interventi nel servizio sociale quali l'adozione da parte di tutti i Comuni, o da "associazioni" di Comuni, di propri Assistenti sociali (prima presenti solo a Schio, Malo, Piovene, Thiene, Marano, Montecchio e Sarcedo) operanti per un minimo di tre ore settimanali ogni 1000 abitanti. Lo scopo era quello di garantire l'integrazione con la rete dei servizi sociali e socio-sanitari nonché la predisposizione del percorso del progetto individualizzato. L'Assistente Sociale è diventato, così, il principale soggetto nella raccolta e decodifica della domanda, dell'eventuale presa in carico e della verifica del progetto socio-assistenziale individuato.
Questo intervento è stato accompagnato dall'adozione, da parte dei Comuni e dell'Azienda Ulss 4, del "Protocollo Operativo in applicazione del piano di zona per il servizio di assistenza sociale", che garantisce il necessario coordinamento tra i due Enti. È stata inoltre individuata una figura di coordinamento per i due distretti che costituiscono l'Ulss 4, allo scopo di garantire l'integrazione ed il funzionamento della rete dei servizi (Comuni, Distretto, Ospedale, Strutture residenziali...). Altro risultato conseguito è la standardizzazione dei processi e delle competenze attraverso l'elaborazione di strumenti di lavoro comuni quali:
- il modulo unico per la raccolta della domanda di servizi (sportello unico)

- il modulo unico per l'attivazione Unità Valutative Multi Dimensionali
- il protocollo operativo dell'Assistente Sociale del servizio sociale di base

Altro importante risultato è stato l'introduzione della modalità di presa in carico delle situazioni complesse attraverso lo strumento dell'Unità Valutativa Multidimensionale quale unica porta di accesso alla rete di servizi integrati per la persona, attraverso l'uso della scheda di Valutazione Multidimensionale della persona Anziana, come strumento di valutazione multiprofessionale e multidisciplinare.

Ha avuto inizio in tutti i Comuni dell'azienda Ulss 4, la sperimentazione del sistema informativo regionale (SID-ADI) che rileva tutte le attività effettuate in maniera programmata a domicilio del paziente da operatori dei servizi sociosanitari. Sono, inoltre, in fase di completa realizzazione, o di consolidamento, l'informatizzazione della scheda di rilevazione della domanda, di attivazione Unità Valutativa Multidimensionale e della scheda di Valutazione Multidimensionale della persona Anziana.

Nel Piano di Zona della Ulss 5 non abbiamo trovato specifico riferimento al servizio.

Assistenza domiciliare e Assistenza domiciliare integrata

L'aumento della vita media a cui si è accompagnata la crescita di patologie cronico degenerative ha portato ad una massiccia richiesta di assistenza da parte delle famiglie che sostengono il carico di cura delle persone anziane. Per dare risposta a questo bisogno e a quello di cura a domicilio dell'anziano dimesso dall' ospedale dopo una fase acuta della malattia, sono disponibili i servizi di assistenza domiciliare (SAD) e assistenza domiciliare infermieristica (ADI).

L'assistenza domiciliare (SAD)

Si compone di interventi (igiene della persona, igiene ambientale, trasporto, lavanderia, disbrigo di pratiche amministrative) diretti ai cittadini ed ai nuclei familiari che non sono in grado, anche temporaneamente, di svolgerli. Lo scopo del servizio è il mantenimento dell'autonomia della persona e la permanenza all'interno del proprio nucleo familiare.

Il servizio di assistenza domiciliare è gestito dai Servizi Sociali del Comune e può essere fornito da operatori di assistenza dipendenti del Comune e/o cooperative sociali convenzionate. Come ulteriore iniziativa a sostegno della domiciliarità è previsto, nella Ulss 4, l'avvio di un corso di formazione e accompagnamento delle famiglie e delle assistenti familiari nella loro attività di cura di persone non autosufficienti assistite a domicilio. Tra le azioni previste, oltre alla formazione delle assistenti, vi è l'istituzione di un registro di coloro che rispondono a determinati requisiti e un servizio di accompagnamento e tutoraggio durante l'avvio del rapporto di lavoro.

Nell'ambito territoriale dell'Ulss 5 il servizio domiciliare è stato esteso a tutto il territorio, raggiungendo un buon livello di risposta ai bisogni nell'area nord di cui fanno parte i sei Comuni dell'Alto Vicentino. In metà del territorio l'assistenza è gestita direttamente dai Comuni mentre nell'altra metà è gestita dall'Ulss.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'intento del servizio non è solo quello di fornire cure infermieristiche a domicilio della persona dimessa dal reparto ospedaliero, ma condividere con la famiglia dell'assistito il

programma assistenziale. La famiglia è coinvolta attraverso una educazione sanitaria finalizzata ad aumentarne il grado di autonomia.
Alla fine del 2003 gli utenti che usufruivano dell'assistenza domiciliare (SAD) e dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) erano più di 1800 (Tabella 9)[6].

Tabella 9

Utenti SAD e ADI nei Comuni dell'Alto Vicentino al 31.12.2003

Comune	Totale utenti SAD e ADI	Unti ADI sulla popolazione > 65 anni %
Arsiero	72	10
Breganze	153	10,9
Brogliano	n.d.	n.d.
Caltrano	14	3,2
Calvene	10	4,7
Carre'	19	4,1
Castelgomberto	n.d.	n.d.
Chiuppano	14	2,9
Cogollo del Cengio	40	7,4
Cornedo vicentino	n.d.	n.d.
Fara Vicentina	12	2,1
Isola Vicentina	n.d.	n.d.
Laghi	4	8,3
Lastebasse	4	4,4
Lugo di Vicenza	62	9,1
Malo	96	5,4
Marano Vicentino	88	6,5
Monte di Malo	54	11,3
Pedemonte	4	2
Piovene Rocchette	51	3,6
Posina	11	5,8
Recoaro Terme	n.d.	n.d.
Salcedo	7	4,2
Santorso	47	**5**
San Vito di Leguzzano	14	2,7
Sarcedo	47	6,4
Schio	562	7,3
Thiene	290	7,7
Tonezza del Cimone	1	0,6
Torrebelvicino	53	5,8
Trissino	n.d.	n.d.
Valdagno	n.d.	n.d.
Valdastico	41	11,4
Valli del Pasubio	12	1,6
Velo d'Astico	27	6,1

[6] I dati comprendono non solo la popolazione anziana, ma tutti gli aventi diritto.

Villaverla	42	5,8
Zane'	26	3,2
Zugliano	9	0,9

Fonte: elaborazione Irs su dati del Piano di Comunità e dati Istat

Osservando il dato relativo alla percentuale di utenti sulla popolazione anziana notiamo come la quota maggiore di utilizzatori sia a Valdastico, Monte di Malo e Breganze (oltre l'11%), mentre la quota inferiore si rileva nei Comuni di Fara Vicentina (2,1%), Pedemonte (2%), Valli del Pasubio (1,6%) e soprattutto Zugliano (0,9%).

Gli utenti in ADI, nel 2003, ammontavano a 655 nell'Ulss 4 e 278 nell'Ulss 5. Rispetto alla popolazione anziana residente rappresentavano nel primo caso il 2,1% e nel secondo l'1%. Nell'Ulss 4 la quota di utenti in assistenza domiciliare integrata era maggiore che a livello provinciale (1,4%) e regionale (1,6%) mentre nella Ulss 5 era inferiore (Tabella 10).

Tabella 10

ADI utenti e operatori distrettuali - 2003

	Totale utenti Adi	Operatori dedicati all'Adi		Operatori di assistenza / utenti %	Assistenti sociali / utenti %	Totale utenti Adi / pop. residente > 65 anni %
		Operatori di assistenza	Assistenti sociali			
Azienda Ulss n. 4 Thiene	655	22,77	5,99	3,5	0,9	2,1
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	278	27,92	4,83	10	1,7	1,0
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	633	36,13	8,81	5,7	1,4	1,2
Totale ULSS Prov di Vicenza	*1.566*	*86,82*	*19,63*	*5,5*	*1,3*	*1,4*
Totale Veneto	*14.136*	*950,28*	*196,02*	*6,7*	*1,4*	*1,6*

Fonte: Osservatorio dell'Alto Vicentino

Il telesoccorso e il telecontrollo

Si tratta di servizi rivolti agli anziani (o ai disabili) che vivono soli o che passano la maggior parte della giornata da soli: offre la possibilità di mettersi in contatto in modo semplice e veloce con un centro operativo in grado di attivare un aiuto immediato.
Con il telesoccorso, ogni utente viene dotato di un piccolo apparecchio provvisto di un bottoncino che, se premuto, fa scattare un segnale di allarme al centro operativo che attiva immediatamente un intervento (il servizio è attivo 24 ore su 24). Il telecontrollo è un sistema di controllo telefonico tramite il quale un operatore del centro operativo si mette in contatto con l'utente una o più volte alla settimana per conoscere le sue condizioni e per accertare che l'apparecchio sia funzionante (in caso di bisogno viene attivata la struttura medica, infermieristica, domestica o sociale competente).
Il servizio di telesoccorso è utilizzato nell'ambito dell'Ulss 4 da un numero medio di circa 500 utenti a trimestre (Tabella 11).

Tabella 11

Utenti medi a trimestre del servizio di telesoccorso nell'Ulss 4, 2002-03

Comune	N° di utenti medi a trimestre	N. utenti medi / pop. >65 %
Arsiero	9	1,2
Breganze	53	3,8
Caltrano	8	1,8
Calvene	5	2,3
Carrè	22	4,7
Chiuppano	4	0,8
Cogollo del Cengio	11	2,0
Fara Vicentina	14	2,4
Laghi	1	2,1
Lastebasse	2	2,2
Lugo di Vicenza	13	1,9
Malo	75	4,2
Marano	20	1,5
Monte di Malo	8	1,7
Pedemonte	3	1,5
Piovene Rocchette	15	1,1
Posina	6	3,2
Salcedo	4	2,4
San Vito di Leguzzano	8	1,5
Santorso	14	1,5
Sarcedo	11	1,5
Schio	105	1,4
Thiene	46	1,2
Tonezza	0	0,0
Torrebelvicino	15	1,6
Valdastico	24	6,7
Valli del Pasubio	9	1,2
Velo d'Astico	3	0,7
Villaverla	23	3,2
Zanè	11	1,3
Zugliano	9	0,9
Totale Ulss	**553**	**1,8**

Fonte: elaborazione IRS su dati dell'Ulss 4

Nel corso del 2002/2003 il numero maggiore di richieste proveniva dal Comune di Schio (105) e Malo (75).

Un confronto a livello regionale mostra che il numero di utenti collegati con il telesoccorso-telecontrollo è diminuito rispetto al 1999 sia nell'Ulss 4 che nell'Ulss 5 (Tabella 12).

Tabella 12

Utenti collegati con il telesoccorso-telecontrollo regionale per Ulss – 1999/2003

Ulss	1999	2000	2001	2002	2003
4	581	566	560	532	508
5	424	395	378	360	371
Totale regionale	19.365	19.503	19.730	19.919	20.158

Fonte: Regione Veneto

I contributi economici

Si tratta di una serie di interventi pensati per sostenere le famiglie che si fanno carico della cura di anziani non autosufficienti a casa: sono quindi misure a sostegno della domiciliarità.

Contributo a persone non autosufficienti assistite a domicilio

È un intervento economico previsto dalle Legge regionale 28 del 1991 finalizzato a mantenere al proprio domicilio le persone non autosufficienti che abbiano una situazione economica inferiore a determinati limiti.

La domanda, che deve essere presentata ai Servizi Sociali del Comune di residenza, è seguita da una valutazione sanitaria (da parte del medico di base) e assistenziale (svolta dall'assistente sociale) del richiedente, e successivamente invitata all'ufficio competente per l'attribuzione di un punteggio e la definizione del contributo economico.

Intervento a favore delle famiglie che assistono in casa persone con demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali

È un intervento economico (Legge regionale 5 del 2001, art. 40) finalizzato a mantenere al proprio domicilio le persone affette da morbo di Alzheimer e altre demenze, con gravi disturbi comportamentali.

I requisiti per beneficiare del contributo sono: il reddito personale non superiore al limite stabilito dalla Regione (accertato dal Comune); la diagnosi da parte di uno specialista e la presenza di gravi disturbi comportamentali (verificata dall'Unità Valutativa Alzheimer); l'adeguatezza dell'assistenza fornita dai familiari (valutata dall'assistente sociale del Comune).

La domanda può essere presentata sia presso il Comune che presso il Distretto; Il contributo viene erogato semestralmente, ad è rinnovabile.

Nel corso del 2003 il contributo è stato richiesto da circa lo 0,2% della popolazione anziana residente nella Ulss 4, ma solo la metà delle domande presentate è risultata ammissibile. Nella Ulss 5 le domande presentate sono state maggiori, pari allo 0,5% della popolazione anziana residente e le domande ammissibili erano oltre il 70%.

Le domande ammissibili rapportate alla popolazione anziana residente erano in entrambe le Ulss decisamente inferiori alla media della Provincia di Vicenza (pari al 2,3), ma in linea con la media regionale (0,3) (Tabella 13).

Tabella 13

Interventi economici a favore delle famiglie che assistono persone con demenza tipo Alzheimer - Anno 2003

	N. totale domande presentate	N. totale domande ammissibili	% domande ammissibili sulle domande presentate	Domande presentate/ pop > 65 anni %	Domande ammissibili/ pop > 65 anni
Azienda Ulss n. 4 Thiene	56	31	55,4	0,2	0,1
Azienda Ulss n. 5 Arzignano	140	103	73,6	0,5	0,4
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	160	112	70,0	0,3	0,2
Totale ULSS Provincia di Vicenza	3.756	2.605	69,4	3,4	2,3
Totale Regione	3.756	2.605	69,4	0,4	0,3

Fonte: Osservatorio dell'Alto Vicentino

Nell'Ulss 5 i beneficiari del contributo sono stati complessivamente 73, di cui 23 nei Comuni della zona Nord, facenti parte dell'Alto Vicentino.

Tabella 14

Beneficiari del contributo L.R. 5/2001 art. 40

Comune	Beneficiari
Brogliano	1
Castelgomberto	2
Cornedo	3
Recoaro	1
Trissino	1
Valdagno	15
Totale Zona nord	**23**

Fonte: Ulss 5 - Relazione socio-sanitaria anno 2004

Contributo per le famiglie con assistenti familiari (badanti)

È un intervento economico della Regione Veneto (D.G.R. 3630/2002) a favore delle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti con l'aiuto di assistenti familiari (badanti) : ha lo scopo di favorire il mantenimento a domicilio del soggetto fragile. I requisiti per beneficiare del contributo sono legati, oltre che alla condizione di non autosufficienza, alla situazione economica del nucleo familiare e alla regolarità del rapporto di lavoro. La richiesta va presentata presso l'ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza.

Interventi sperimentali per il "sollievo"
Si tratta di interventi a favore delle famiglie che assistono persone con disabilità o anziani non autosufficienti, che hanno lo scopo di ritardare il ricorso all'istituzionalizzazione permanente (D.G.R. 3960/01).
Si tratta, prevalentemente, di due tipi di azione: erogazione del "buono servizio" per accedere al servizio di accoglienza temporanea residenziale e l'erogazione di un contributo economico per la partecipazione a soggiorni climatici ad alta protezione.

Assistenza economica comunale
L'assistenza economica comunale, che consta di contributi economici straordinari o continuativi per il sostegno di persone in condizioni economiche disagiate, può essere finalizzata al mantenimento a domicilio della persona o, se necessario, all'integrazione per il pagamento della retta di ricovero in struttura residenziale. I criteri per la concessione del contributo variano in base ai singoli Regolamenti Comunali.

I centri diurni per non autosufficienti

Il centro diurno per non autosufficienti ha lo scopo di supportare la famiglia che cerca di mantenere il familiare nel proprio ambiente di vita. Offre un servizio di tipo semi-residenziale: durante la giornata l'ospite viene coinvolto in attività terapeutico-riabilitative e in momenti di animazione e creatività e nel pomeriggio viene riaccompagnato a casa. Durante la permanenza al centro diurno viene garantito il pranzo e il servizio di trasporto.
Nel territorio dell'Ulss 4 sono presenti due strutture che offrono questo tipo di servizio, per un totale di 35 posti (Casa di riposo "La Pieve" e Centro Diurno Brolatti), mentre nell'Ulss 5 i posti disponibili sono 20, presso la Casa di risposo Villa Serena (Tabella 15).

Tabella 15

Centri diurni per non autosufficienti nell'Ulss 4 e 5

Ulss	Comune	Centro servizio	N. di posti
4	Breganze	Casa di risposo "La Pieve"	20
4	Marano Vicentino	Centro Diurno Brolatti	15
5	Valdagno	Casa di riposo Villa Serena	20

Fonte: Osservatorio Regionale Anziani (dati al 31.12.2004)

Le strutture residenziali per anziani autosufficienti

La Casa Albergo
È una struttura residenziale che si rivolge ad anziani completamente autosufficienti: si tratta di una struttura composta da mini-appartamenti che consentono agli ospiti di essere autonomi, ma allo stesso tempo di usufruire di servizi in comune quali la pulizia dell'appartamento, la lavanderia, la mensa (a mezzogiorno), il telesoccorso notturno, il parrucchiere e la manicure/pedicure nonché svolgere attività ricreative. A Schio sono

presenti due Case Albergo ("La Filanda" e "San Francesco") che offrono complessivamente 64 appartamenti.

Le "case di riposo"

Le strutture residenziali che ospitano anziani autosufficienti nell'Alto Vicentino sono 9 e offrono 256 posti letto (Tabella 16). In linea teorica, queste strutture dovrebbero ospitare anziani che non hanno alcuna rete familiare, per i quali il sostegno fornito dall'assistenza domiciliare sarebbe comunque inadeguato. In realtà, data la carenza di posti disponibili per i non autosufficienti, le persone ospitate in queste strutture presentano dei problemi di dipendenza.

Tabella 16

Strutture residenziali e posti disponibili per anziani autosufficienti nell'Alto Vicentino

Comune	Strutture residenziali	Posti per autosufficienti
Arsiero	Casa di riposo "A. Rossi"	14
Breganze	Casa di riposo "La Pieve"	43
Isola Vicentina	Fondazione Gasparri Bressan	6
Malo	Casa di ricovero "Muzan"	14
Schio	La C.A.S.A.	25
Thiene	O.I.C. Thiene	60
Valdagno	Fondazione Marzotto	57
Valdastico	Casa di risposo 'Casa Nostra'	13
Valli del Pasubio	Casa di riposo 'A. Penasa'	24
Totale		**256**

Fonte: Osservatorio Regionale Anziani (dati al 31.12.2004)

Le strutture residenziali per anziani non autosufficienti

Sono rivolte ad anziani con ridotta o minima autonomia e offrono servizi differenziati sulla base dello stato di gravità della persona inserita.

Complessivamente, nell'Alto Vicentino i posti letto disponibili per coloro che presentano problemi di non autosufficienza sono 1.220: di questi, 1.002 sono riservati a chi necessita di una assistenza ad intensità ridotta e 193 ad intensità media; la Sezione ad Alta Protezione Alzheimer (SAPA) offre 10 posti; il servizio di assistenza residenziale extraospedaliera per la cura degli stati vegetativi permanenti (SVP) ne offre 6; infine, è presente un Hospice, ossia una struttura di piccole dimensioni che offre 9 posti letto a pazienti affetti da patologia neoplastica in fase avanzata, per i quali non è possibile intervenire ai fini della guarigione. L'assistenza, in questa struttura, si caratterizza per il sostegno psicologico, relazionale e spirituale (Tabella 17).

Tabella 17

Strutture residenziali e posti disponibili per anziani non autosufficienti nell'Alto Vicentino

Comune	Strutture residenziali	i. a. ridotta	i.a. media	SAPA	SVP	hospice
Arsiero	Casa di riposo "A. Rossi"	46	-			
Breganze	Casa di riposo "La Pieve"	42	48	10		
Breganze	Casa di riposo Villa S. Angela	35	-			
Caltrano	Casa di riposo comunale	20	-			
Cornedo V.no	Casa di Riposo U. A.Tassoni	35				
Isola Vicentina	Fondazione Gasparri Bressan	116				
Malo	Casa di ricovero "Muzan"	35	25		6	
Pedemonte	Casa di riposo S. Giuseppe	40				
Santorso	Villa Miari	11				
Schio	Casa di riposo 'Casa Panciera'	19				
Schio	La C.A.S.A.	208	48			
Thiene	O.I.C. Thiene	177	48			9
Trissino	Casa di riposo	22				
Valdagno	Casa di riposo Villa Serena	70	24			
Valdagno	Fondazione Marzotto	56				
Valdastico	Casa di risposo 'Casa Nostra'	36	-			
Valli del Pasubio	Casa di riposo 'A. Penasa'	34	-			
Totale		**1.002**	**193**	**10**	**6**	**9**

Fonte: Osservatorio Regionale Anziani (dati al 31.12.2004); Programma di Comunità; Piano di Zona Ulss 5

Nell'Ulss 4 l'accesso al servizio avviene a seguito di domanda presentata al servizio sociale del comune di residenza a cui fa seguito la valutazione da parte dell'Ufficio Valutazione Multi Dimensionale. Se viene accertata l'idoneità all'inserimento in casa di riposo, il richiedente viene inserito nella graduatoria unica. In caso contrario viene proposto un servizio alternativo più idoneo al suo bisogno (assistenza domiciliare, centro diurno, ecc.). Nei Distretti 1 e 2 dell'Ulss 4 è presente un'ampia e articolata rete di servizi distribuiti in maniera piuttosto omogenea sul territorio che, secondo il Piano di Comunità, *"è in grado di offrire piena copertura al fabbisogno del territorio"*. Oltre ai posti letto per coloro che necessitano di una assistenza ad intensità ridotta (che sono 703), sono disponibili 169 posti nei nuclei di media intensità. Inoltre, i tutti i posti letto disponibili nell'Alto Vicentino in regime di Alta Protezione Alzheimer, cura degli stati vegetativi permanenti e hospice, hanno sede qui.
Fra i comuni afferenti all'Alto Vicentino facenti parte dell'Ulss 5 [7], le strutture residenziali per anziani non autosufficienti sono presenti a Cornedo Vicentino, Trissino e Valdagno. In questi Comuni i posti a disposizione in regime di assistenza ridotta sono complessivamente 183, mentre quelli in assistenza di media intensità sono 24 (a Valdagno). Sarà prossimamente aperta a Recoaro Terme una nuova casa di riposo.

[7] Nell'Ulss 5 sono disponibili complessivamente 648 posti in strutture residenziali per anziani non autosufficienti, ad intensità assistenziale ridotta e media; a questi si aggiungono 10 posti dedicati ai malati di Alzheimer (a Montecchio Maggiore) e 6 ai malati in stato vegetativo permanente (ad Arzignano).

Infine, nell'unico Comune dell'Alto Vicentino appartenente all'Ulss 6, Isola Vicentina, sono presenti 116 posti per anziani non autosufficienti, ad intensità assistenziale ridotta.

I soggiorni climatici

Nell'ambito dell'Ulss 4 il servizio è gestito su delega dei 32 Comuni Associati: offre soggiorni di vacanza e/o di cura in località marine, lacustri e termali della durata di 15 giorni, con l'accompagnamento di un infermiere e di un coordinatore delle attività di animazione. Ciò che caratterizza i soggiorni climatici, oltre alla qualità dei servizi alberghieri, è la possibilità per i partecipanti di socializzare in un contesto sicuro e tranquillo.
Dal 2001 è previsto un turno di soggiorno rivolto a disabili adulti ed anziani che necessitano di un elevato grado di assistenza, di controllo e di protezione: in questo caso è prevista la presenza di un operatore ogni due ospiti, oltre a 3 o 4 operatori sanitari.
Dal 2004, accanto ai soggiorni climatici, l'Ulss 4 propone delle iniziative di turismo sociale che consistono in "percorsi di benessere personale" e in brevi Itinerari o "circuiti turistico-culturali" che mirano alla promozione della qualità della vita e a sviluppare rapporti di amicizia e di socializzazione, anche a livello intergenerazionale. I Percorsi di Benessere Personale prevedono la successione, nel mese di luglio, di 2 gruppi di 50 persone (anziani e loro famiglie) per 12 giorni alle terme di Recoaro con la possibilità di usufruire delle cure termali e di trascorrere mezza giornata di divertimento e di relax. I Circuiti Turistico-Culturali prevedono la possibilità di 5 percorsi primaverili e 5 autunnali che si caratterizzano per visite a luoghi di interesse culturale, storico, paesaggistico ed enogastronomico situati nei 32 Comuni dell'Ulss 4 e in quelli limitrofi.

Trasporti

Sia da parte dell'Ulss 4 che dell'Ulss 5 il servizio di trasporto rivolto alle persone anziane è considerato di competenza comunale.
Nel territorio dell'Ulss 5, i servizi domiciliari sono oggetto di un numero crescente di domande di trasporto da parte di anziani parzialmente autosufficienti e non autosufficienti, che hanno necessità di accedere ai servizi socio- sanitari territoriali (ambulatori distrettuali specialistici, ambulatori ospedalieri per cicli di riabilitazione) o fuori Ulss (centro iperbarico di Torri di Quartesolo, ospedale di Verona). Al fine di garantire il servizio di trasporto di anziani che non abbiano modo di raggiungere i centri di servizio (ospedali, ambulatori, servizi sociali) il Piano di Zona promuove l'utilizzo delle risorse già presenti nel territorio (mezzi attrezzati di istituti di ricovero, di associazioni di volontariato, di Comuni) attraverso accordi/convenzioni. L'Ulss fornisce il trasporto in ambulanza per i non deambulabili che hanno necessità di raggiungere i centri sanitari per visite o controlli. Per facilitare i cittadini ed evitare difficoltosi spostamenti è stato realizzato un sistema decentrato per i prelievi di sangue: in ogni comune sono infatti presenti dei centri attrezzati (c/o ospedale, Ulss, laboratori ecc) ed è inoltre attiva una rete di prelievi a domicilio.

I servizi e le attività promosse dal volontariato

Le associazioni che a vario titolo operano sul territorio dell'Alto Vicentino sono numerosissime. Una buona parte svolge attività rivolte alle persone anziane: assistenza fiscale; tutela della salute; assistenza e tutela dei cittadini; attività culturali e ricreative.

I **patronati** (4 nel Distretto di Tiene e 4 in quello di Schio) sono costituiti e gestiti dalle confederazioni o dalle associazioni nazionali dei lavoratori che offrono consulenza, aiuto e assistenza tecnica agli anziani per quanto riguarda: le prestazioni socio-assistenziali; le prestazione del Servizio sanitario nazionale; le pensioni e le liquidazioni; i fondi pensione complementari; la sicurezza sociale, il diritto di famiglia, le successioni, la legislazione fiscale[8] (Tabella 18).

Tabella 18

I patronati nei Comuni dell'Alto Vicentino

Comune	Nome attività	Tipologia di intervento	Tipo di organizzazione
Ulss 4, Distretto 1 Thiene			
Sarcedo	Patronato M.C.L. (Movimento Cristiano Lavoratori)	Patronato	Associazione
Villaverla	Circolo Acli	Patronato	Associazione
Villaverla	Circolo Operaio Villaverla	Patronato	Associazione
Zugliano	A.C.L.I.	Patronato	Associazione
Ulss 4, Distretto 2 Schio			
San Vito di Leguzzano	A.C.L.I.	Patronato	Associazione
Schio	A.C.L.I. Patronato	Patronato	Associazione
Schio	ANMIL - Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi del Lavoro	Patronato	Associazione
Schio	ANMIL - Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi del Lavoro	Patronato	Associazione

Fonte: Osservatorio dell'Alto Vicentino

Le **associazioni di tutela della salute** ammontano complessivamente a 34: 12 nel Distretto di Thiene, 13 in quello di Schio e 9 in quello di Valdagno. Si tratta di associazioni per la donazione del sangue, degli organi, per la promozione dei diritti del malato, per lo studio e la ricerca. A queste si aggiungono le associazioni di soccorritori e infermieri volontari (Tabella 19).

[8] Ricordiamo che tutti i cittadini possono chiedere consulenza ed assistenza ai patronati, indipendentemente dalla loro adesione all'organizzazione promotrice.

Tabella 19

Le associazioni di tutela della salute nei Comuni dell'Alto Vicentino

Comune	Nome attività	Tipologia di intervento	Tipo di organizzazione
Ulss 4, Distretto 1 Thiene			
Caltrano	Gruppo Aido - Associazione Italiana Per La Donazione di Organi	Tutela della salute	Associazione
Caltrano	Gruppo Donatori di Sangue - A.DO.S.AL.VI	Tutela della salute	Associazione
Carrè	A.Do.S.Al.Vi.- Ass. Donatori Sangue Alto Vicentino	Tutela della salute	Associazione
Sarcedo	AIDO (Associazione Italiana Donatori Organi)	Tutela della salute	Associazione
Thiene	ADMO Sezione Provinciale di Vicenza Sez. di Thiene Alto Vicentino	Tutela della salute	Associazione
Thiene	Amici del Cuore Altovicentino	Tutela della salute	Associazione
Thiene	Fidas Vicenza Associazione Donatori di Sangue Gruppo di Thiene	Tutela della salute	Associazione
Villaverla	AIDO (Associazione Italiana Donatori Organi) Villaverla - Sez. "Barbara Spinella"	Tutela della salute	Associazione
Villaverla	Cometa A.S.M.M.E.	Tutela della salute	Associazione
Villaverla	Fidas Vicenza - Associazione Donatori di Sangue - Gruppo di Villaverla	Tutela della salute	Associazione
Zanè	Ser.Vo.S. - Onlus	Tutela della salute	Associazione
Zugliano	Gruppo Donatori di Sangue	Tutela della salute	Associazione
Ulss 4, Distretto 2 Schio			
Cogollo del Cengio	AIDO (Associazione Italiana Donatori Organi)	Tutela della salute	Associazione
Cogollo del Cengio	Fidas Vicenza Associazione Donatori di Sangue	Tutela della salute	Associazione
Cogollo del Cengio	Infermieri Volontari	Tutela della salute	Associazione
Monte di Malo	AVIS Sezione di Malo e Monte di	Tutela della salute	Associazione
Piovene Rocchette	AVIS - Associazione Volontari Italiani del Sangue	Tutela della salute	Associazione
Schio	Accademia Riabilitativa Scledense	Tutela della salute	Associazione
Schio	Anlaids	Tutela della salute	Associazione
Schio	Associazione diabetici	Tutela della salute	Associazione
Schio	Associazione Italiana Soccorritori	Tutela della salute	Associazione
Schio	AVIS - Associazione Volontari Italiani del Sangue	Tutela della salute	Associazione
Schio	Centro Per I diritti del Malato	Tutela della salute	Associazione
Schio	Lega Italiana Per La Lotta Contro I Tumori	Tutela della salute	Associazione
Valdastico	Aido-Avis	Tutela della salute	Associazione
Ulss 5, Distretto 1 Nord Valdagno			
Castelgomberto	AVIS - Associazione Volontari Italiani del Sangue	Tutela della salute	Associazione
Cornedo Vicentino	AVIS Sezione di Cornedo Vicentino	Tutela della salute	Associazione
Recoaro Terme	AVIS Sezione di Recoaro Terme	Tutela della salute	Associazione
Valdagno	AIDO (Associazione Italiana Donatori Organi)	Tutela della salute	Associazione
Valdagno	AVIS Sezione di Valdagno	Tutela della salute	Associazione
Valdagno	Amici del Cuore - Valle dell'Agno	Tutela della salute	Associazione
Valdagno	Associazione Italiana diabetici Valle dell'Agno	Tutela della salute	Associazione
Valdagno	Centro Per I diritti del Malato - Valle dell'Agno	Tutela della salute	Associazione
Valdagno	Comitato Salute Valle dell'Agno	Tutela della salute	Fondazione

Fonte: Osservatorio dell'Alto Vicentino

Le **associazioni di volontariato, assistenza e tutela dei cittadini** nei vari comuni dell'Alto Vicentino sono complessivamente 40: 1 nel Distretto di Thiene; 26 nel Distretto di Schio; 7 nel Distretto di Valdagno e 1 a Isola Vicentina (Tabella 20).
Le attività svolte sono di vario tipo:

- assistenza ai malati all'interno delle strutture ospedaliere;
- trasporto degli anziani presso ambulatori e ospedali (in alcuni casi in convenzione con il Comune);
- spazi di ritrovo e aggregazione rivolti ad anziani autosufficienti, dove vengono organizzate attività di animazione (giochi, corsi, proiezione di film), feste, gite (i cosiddetti Centri-Servizi, spesso gestiti in convenzione con i Comuni);
- coordinamento di attività in cui gli anziani operano come volontari;
- rientrano in questa categoria anche le fondazioni Marzotto (Ulss, 5 Distretto Valdagno) e Gasparri Bressan (Ulss 6, Distretto Ovest) che offrono un servizio privato e/o convenzionato di accoglienza residenziale.

Tabella 20

Le associazioni di assistenza, volontariato e tutela dei cittadini nell'Alto Vicentino, per Distretto e Comune

Comune	Nome attività	Tipologia di intervento	Tipo di organizzazione
Ulss 4, Distretto 1 Thiene			
Marano Vicentino	Raggio di Sole	Assistenza	Associazione
Thiene	A.V.O. Associazione Volontari Ospedalieri Thiene	Assistenza	Associazione
Thiene	Ass. "Eta' Serena - Citta' di Thiene"	Volontariato e tutela	Associazione
Thiene	Consorzio delle Associazioni della Terza Eta' Vicenza - Nordovest	Volontariato e tutela	Associazione
Thiene	V.A.D.A. - Guido Negri - Associazione Volontari Amici Degli Anziani	Volontariato e tutela	Associazione
Zanè	A.V.A. Ass.ne Volontari Per Anziani	Assistenza	Associazione
Ulss 4, Distretto 2 Schio			
Arsiero	A.V.A.P. (Associazione Volontari Anziani e Pensionati)	Volontariato e tutela	Associazione
Arsiero	Associazione Nazionale Vittime Caduti di Guerra	Volontariato e tutela	Associazione
Arsiero	Auser	Volontariato e tutela	Associazione
Arsiero	Gruppo Assistenza (C/O Patronato Don Bosco)	Volontariato e tutela	Associazione
Arsiero	U.N.I.T.A.L.S.I. - Nazionale Italiana Trasporto Ammalati A Lourdes e Santuari Internazionali	Volontariato e tutela	Associazione
Cogollo del Cengio	Associazione Nonni Vigili	Volontariato e tutela	Associazione
Cogollo del Cengio	Associazione Pensionati	Volontariato e tutela	Associazione
Schio	A.V.O. Associazione Volontari Ospedalieri	Assistenza	Associazione
Schio	A.V.O. Associazione Volontari Ospedalieri	Assistenza	Associazione
Schio	Associazione "Serena"	Assistenza	Associazione
Schio	Associazione La Famiglia	Assistenza	Associazione
Schio	Associazione Mercurio - Onlus	Assistenza	Associazione
Schio	Associazione Per La Pace	Volontariato e tutela	Associazione
Schio	Associazione Regionale Veneta Mutilati della Voce	Assistenza	Associazione

Schio	Centro Anziani Anni d'Oro – Parrocchia Cà 30	Assistenza	Parrocchia
Schio	Circolo Operaio di Magrè	Volontariato e tutela	Associazione
Schio	E.N.S. Ente Nazionale Sordomuti - Rappresentanza Intercomunale Schio	Assistenza	Associazione
Schio	Gruppo Insieme	Volontariato e tutela	Associazione
Schio	Gruppo Lanerossi Anziani D'azienda A.N.L.A.	Volontariato e tutela	Associazione
Schio	La Banca del Tempo	Volontariato e tutela	Associazione
Schio	La Solidarieta'	Assistenza	Associazione
Schio	Mo.V.I. Movimento di Volontariato Italiano	Volontariato e tutela	Associazione
Schio	Mutuo Soccorso "A. Rossi"	Volontariato e tutela	Associazione
Schio	Solidarieta' e Carita'	Assistenza	Associazione
Schio	V.A.V. Volontariato Alto Vicentino	Volontariato e tutela	Associazione
Valdastico	Protezione Civile	Assistenza	Associazione
Ulss 5, Distretto 1 Nord Valdagno			
Trissino	El Filo'	Volontariato e tutela	Associazione
Trissino	Gruppo Anziani del Lavoro Marzotto	Volontariato e tutela	Associazione
Trissino	Gruppo Arcobaleno	Volontariato e tutela	Associazione
Valdagno	A.V.O. - Associazione Volontari Ospedalieri	Assistenza	Associazione
Valdagno	Ass. Canalete C.T.M.	Volontariato e tutela	Associazione
Valdagno	V.O.N. - Volontari Ospedalieri Notturni	Assistenza	Associazione
Valdagno	Villa Margherita - Fondazione Marzotto	Accoglienza residenziale	Fondazione
Ulss 6, Distretto Ovest (solo Isola Vicentina)			
Isola Vicentina	Fondazione Luigia Gaspari Bressan	Accoglienza residenziale	Fondazione

Fonte: Osservatorio dell'Alto Vicentino

Le **associazioni culturali**, **le bande e i gruppi corali** sono i più diffusi: complessivamente se ne contano 60 nell'Alto Vicentino: 6 nel Distretto di Thiene; 35 nel Distretto di Schio; 19 nel Distretto di Valdagno (Tabella 21).

Le attività culturali organizzate (corsi, esposizioni, visite guidate) fanno riferimento a molteplici campi: musicale (bande, cori); artistico (poesia, teatro, cineforum, fotografia); naturalistico (micologia, astronomia, mineralogia); sportivo (danza, escursioni); turistico (soggiorni climatici, gite); formativo (storia, lingue straniere, informatica, ecc); collezionismo (filatelia, numismatica).

Accanto a queste, vi sono i circoli ricreativi che costituiscono un punto di ritrovo e di svago quotidiano per molte persone e associazioni presso le quali gli anziani possono svolgere attività di volontariato (se ne contano, complessivamente, 11).

Tabella 21

Le associazioni culturali, le bande e i gruppi corali nei Comuni dell'Alto Vicentino

Comune	Nome attività	Tipologia di intervento	Tipo di organizzazione
Ulss 4, Distretto 1 Thiene			
Sarcedo	Gruppo Anziani Sarcedo	Attività ricreative	Associazione
Thiene	Associazione Micologica "Bresadola"	Attività culturali	Associazione
Thiene	CIRCOLO di THIENE	Attività ricreative	Associazione
Thiene	Circolo Poeti dialettali "El Graspo"	Attività culturali	Associazione
Thiene	Coro "Città di Thiene"	Attività culturali	Gruppo corale
Thiene	Corpo Bandistico Cittadino Patronato S. Gaetano	Attività culturali	Banda
Ulss 4, Distretto 2 Schio			
Arsiero	Banda Cittadina	Attività culturali	Banda
Arsiero	Circolo Culturale Ricreativo	Attività ricreative	Associazione
Arsiero	Coro Alpino "Monte Caviojo"	Attività culturali	Gruppo corale
Malo	Banda Cittadina	Attività culturali	Banda
San Vito di Leguzzano	Centro Vita e Vito	Attività ricreative	Associazione
San Vito di Leguzzano	Circolo Operaio Arci	Attività ricreative	Associazione
San Vito di Leguzzano	Noi Associazione	Attività ricreative	Associazione
Schio	Associazione Artistica "Schio Teatro Ottanta"	Attività culturali	Associazione
Schio	Associazione Culturale "Nella Stanza"	Attività culturali	Associazione
Schio	Associazione La Bella Età	Attività ricreative	Associazione
Schio	Centro di Cultura Card. Elia Dalla Costa	Attività culturali	Associazione
Schio	Cineforum Alto Vicentino 2001 Schio	Attività culturali	Associazione
Schio	Circolo Filatelico Scledense	Attività culturali	Associazione
Schio	Circolo Fotografico Scledense	Attività culturali	Associazione
Schio	Circolo Lavoratori Anziani Scledensi - C.L.A.S.	Attività ricreative	Associazione
Schio	Circolo Libertà Arci Resecco	Attività ricreative	Associazione
Schio	Club Amici del Teatro Schio	Attività culturali	Associazione
Schio	Comitato Pro Organo del Duomo	Attività culturali	Associazione
Schio	Complesso Strumentale Città di Schio	Attività culturali	Associazione
Schio	Coro G.E.S. Gruppo Escursionisti Scledensi	Attività culturali	Gruppo corale
Schio	Coro Monte Pasubio	Attività culturali	Gruppo corale
Schio	Coro Polifonico "Fra Matteo"	Attività culturali	Gruppo corale
Schio	Coro Polifonico di Giavenale	Attività culturali	Gruppo corale
Schio	Dimensione Danza	Attività culturali	Associazione
Schio	Gruppo Anziani Volontari Schio	Attività ricreative	Associazione
Schio	Gruppo Artisti Scledensi	Attività culturali	Associazione
Schio	Gruppo Astrofili di Schio	Attività culturali	Associazione
Schio	Gruppo Grotte Schio Club Alpino	Attività culturali	Associazione
Schio	Gruppo Mineralogico Scledense	Attività culturali	Associazione
Schio	Gruppo Naturalistico Micologico Val Leogra	Attività culturali	Associazione
Schio	I Cantori di Magre'	Attività culturali	Gruppo corale
Schio	Istituto Civico Musicale Scledense	Attività culturali	Associazione
Schio	Italia Nostra Sezione di Schio	Attività culturali	Associazione
Schio	Libera Ass. Universita' Ed.Permanente	Attività culturali	Associazione

Schio	W.D.M. Woglia di Musica	Attività culturali	Associazione
Ulss 5, Distretto 1 Nord Valdagno			
Recoaro Terme	Circolo "Amici D'argento"	Attività ricreative	Associazione
Valdagno	Ass. Amici del Museo del Tessile	Attività culturali	Associazione
Valdagno	Ass. Artistico-Culturale "Accademia"	Attività culturali	Associazione
Valdagno	Ass. Micologica	Attività culturali	Associazione
Valdagno	Ass. Numismatica – Filatelica	Attività culturali	Associazione
Valdagno	Ass. Ricerche Storiche "Iv Novembre"	Attività culturali	Associazione
Valdagno	Ass.Corale Amici dell'obante	Attività culturali	Gruppo corale
Valdagno	Cieli Perduti Astronomia Valle dell'agno	Attività culturali	Associazione
Valdagno	Complesso Strumentale Bandistico V.E. Marzotto	Attività culturali	Banda
Valdagno	CORO "LA VALLE" di S. QUIRICO	Attività culturali	Gruppo corale
Valdagno	Corso Canto Lirico	Attività culturali	Gruppo corale
Valdagno	Gruppo Amici del Teatro	Attività culturali	Gruppo teatrale
Valdagno	Gruppo Corale Maranina	Attività culturali	Gruppo corale
Valdagno	Gruppo Storico Valle dell'agno	Attività culturali	Associazione
Valdagno	Gruppo Teatrale "I Teatranti"	Attività culturali	Gruppo teatrale
Valdagno	La Fotoricerca	Attività culturali	Associazione
Valdagno	PROGETTO MUSICA (Ass. Culturale Ed Artistica)	Attività culturali	Associazione
Valdagno	Quelli di Cenerentola	Attività culturali	Associazione
Valdagno	Universita' Adulti Anziani	Attività culturali	Associazione

Fonte: Osservatorio dell'Alto Vicentino

4.4 Un raffronto tra la capacità di offerta del sistema locale dei servizi e gli standard regionali

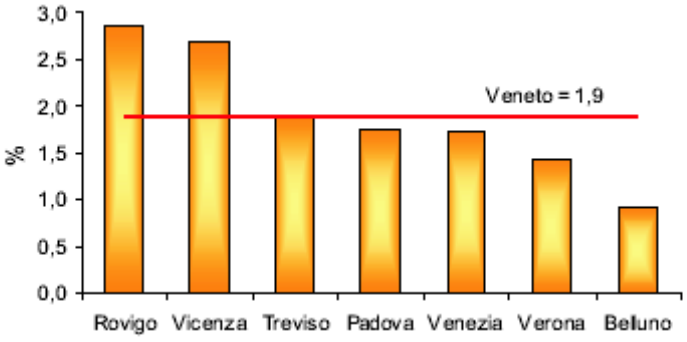
L'assistenza domiciliare (SAD e ADI)

I dati dell'Osservatorio regionale sulla condizione della persona anziana, relativi all'anno 2001, mostrano che nella Regione Veneto sono stati effettuati più di 58.600 interventi di assistenza domiciliare rivolti ad utenti di varie età, di cui il 61% di tipo sociale.

Gli anziani beneficiari del servizio di assistenza domiciliare integrata sono stati, nel 2001, 15.728, pari a circa il 2% della popolazione anziana residente. A livello provinciale la situazione risulta migliore per le province di Rovigo e Vicenza dove la quota di anziani fruitori del servizio di assistenza domiciliare integrata era rispettivamente pari al 2,9% e al 2,7% della popolazione, mentre Belluno è la provincia con la percentuale più bassa (inferiore all'1%) (Grafico 6).

Grafico 6

Assistenza domiciliare integrata: numero di assistiti sulla popolazione anziana residente per provincia – 2001



Fonte: Elaborazioni Regione Veneto – U.P. Statistica su dati dell'Osservatorio Regionale sulla condizione della persona anziana

Il dettaglio per Ulss relativo al 2003 mostra che gli utenti anziani assistiti a domicilio nell'Ulss 4 e 5 erano rispettivamente 1.386 e 486 (pari al 7% e al 2,5% del totale di anziani assistiti nell'intera Regione) (Tavola 3.5).

Tavola 3.5 - Utenti assistiti a domicilio per età e Azieda ULSS - Al 30-6-2003

Azienda ULSS	Minori	Adulti	Anziani	Totale
1	2	150	971	1.123
2	9	149	840	998
3	46	139	711	896
4	17	270	1.386	1.673
5	13	111	486	610
6	17	99	668	784
7	82	227	872	1.181
8	116	293	1.181	1.590
9	84	383	1.069	1.536
10	232	487	1.657	2.376
12	164	638	2.401	3.203
13	86	234	904	1.224
14	44	123	566	733
15	135	206	580	921
16	125	316	1.035	1.476
17	68	307	1.363	1.738
18	1	26	117	144
19	18	76	273	367
20	354	569	1.048	1.971
21	13	79	433	525
22	40	191	1.036	1.267
Totale	1.666	5.073	19.597	26.336

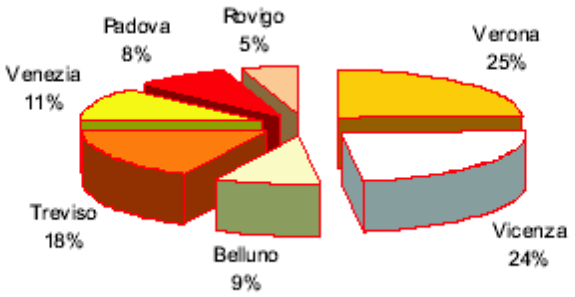
Fonte: Osservatorio Regionale sulla condizione dell'Anziano

L'assistenza residenziale

Da una rilevazione svolta dalla Regione Veneto e dall'Istat sui presidi residenziali socioassistenziali a favore di minori, adulti o anziani, risultava alla fine del 2000 la presenza sul territorio regionale di 296 strutture residenziali rivolte agli anziani. Di queste 192 erano strutture per l'assistenza di tipo socio-sanitario destinate ad anziani prevalentemente non autosufficienti, 54 erano strutture rivolte ad anziani prevalentemente autosufficienti, infine 50 erano residenze sanitarie assistenziali (R.S.A) ove viene fornita assistenza medica, infermieristica e riabilitativa a persone non autosufficienti o disabili. Complessivamente queste strutture risultavano concentrate essenzialmente nella provincia di Verona e di Vicenza (Grafico 7).

Grafico 7

Presidi residenziali socio-assistenziali rivolti ad anziani: distribuzione percentuale per provincia – Veneto, 2000

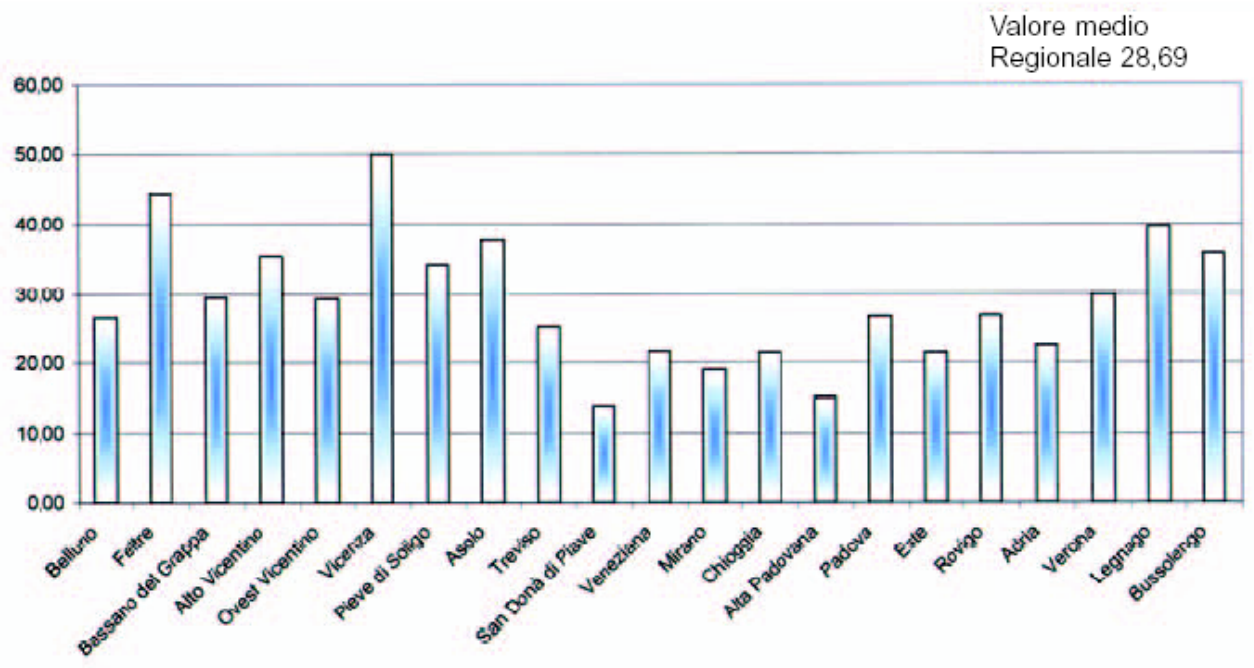


Fonte: Elaborazioni Regione Veneto – U.P. Statistica su dati Regione Veneto

Il dato relativo al numero di anziani inseriti in strutture residenziali per mille abitanti ultrasessantacinquenni residenti nel territorio delle Aziende Ulss del Veneto, mostra che la Ulss 6 Vicenza è quella con il numero maggiore di utenti: circa 50 ogni 1000 anziani (Grafico 8). Il dato relativo alla Ulss 4 è pari a circa 37 su 1000 mentre quello relativo alla Ulss 5 a circa 29 su 1000, in entrambi i casi superiore alla media regionale di 28,7 per 1000.

Grafico 8

Utenti inseriti in strutture residenziali del Veneto per 1000 ultrasssantacinquenni residenti nella Ulss di ubicazione della struttura, anno 2000

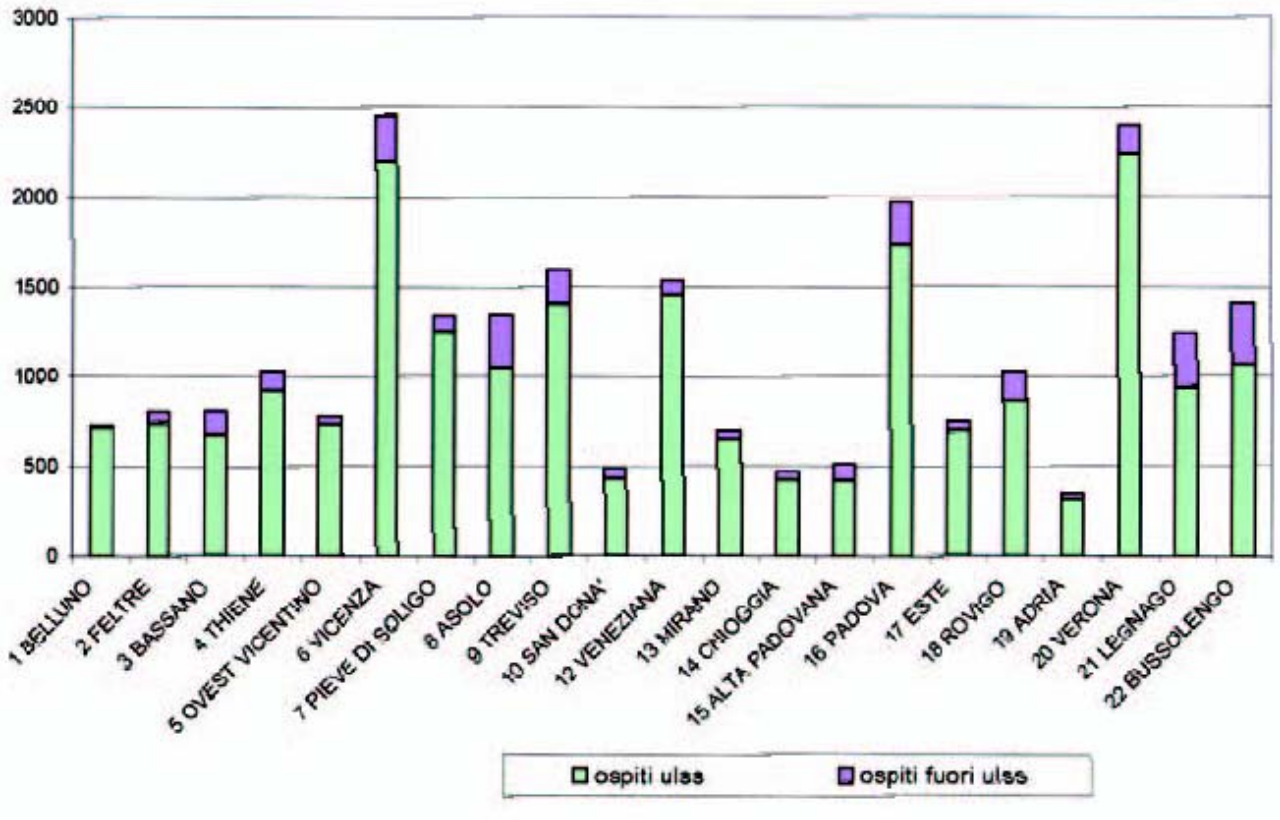


Fonte: da "Le strutture residenziali per anziani nella Regione del Veneto" (www.venetosociale.it , pubblicazioni)

I dati relativi alla mobilità, ossia gli anziani residenti in una struttura ubicata in una Ulss diversa da quella di provenienza, evidenziano come le Aziende Ulss con il maggior numero di ospiti provenienti da altri territori siano la 6 (Vicenza), la 8 (Asolo), la 16 (Padova) e quelle ubicate nella provincia di Verona (20, 21, 22) (Grafico 9). Per quanto riguarda la Ulss 4 è possibile osservare che essa ospitava anche un buon numero di utenti extra Ulss, mentre nella Ulss 5 questo fenomeno risultava molto ridotto.

Grafico 9

Mobilità ospiti in strutture residenziali del Veneto, anno 2000



I dati relativi al 2002 mostrano che gli anziani ospitati nelle 239 strutture residenziali presenti sul territorio veneto, ammontavano complessivamente a 20.952. Di questi, 3.728 (pari al 17,8%) erano accolti nelle strutture della provincia di Vicenza (Tavola 3.4): la proporzione di popolazione anziana della Provincia su quella totale è invece del 16,1%.

Tavola 3.4 - Utenti, strutture residenziali e centri diurni per anziani, per provincia - 2002

	Strutture Residenziali	Anziani ospiti in strutture			Centri Diurni	Posti in centri diurni
		Autosuff.	Non autosuff.	Totale		
Verona	55	719	2.875	3.594	2	28
Vicenza	50	856	2.872	3.728	5	119
Belluno	26	715	1.188	1.903	5	48
Treviso	47	1.141	3.105	4.246	16	174
Venezia	23	327	2.015	2.342	7	107
Padova	23	995	2.534	3.529	4	57
Rovigo	15	571	1.039	1.610	1	5
Veneto	239	5.324	15.628	20.952	40	538

Fonte: Osservatorio Regionale sulla popolazione anziana

Per quanto riguarda la disponibilità di posti nei centri diurni, la provincia di Vicenza offriva nel 2002 il 22% del complesso di posti disponibili nella Regione Veneto, a fronte del 16% della popolazione anziana.

Questi dati indicano dunque che l'offerta di posti nelle strutture residenziali e nei centri diurni della Provincia di Vicenza è superiore al valore medio regionale.

4.5 Una riflessione sulla situazione della domanda e dell' offerta di servizi, in termini di punti di forza e di criticità

Nonostante il confronto tra l'offerta dei servizi socio-sanitari rivolti agli anziani nell'Alto Vicentino e lo standard regionale abbia delineato una situazione molto positiva, questo non significa che l'offerta sia in grado di rispondere a tutti i bisogni manifestati dalla popolazione di riferimento. Per cercare di comprendere quali sono effettivamente i punti di forza e di criticità del sistema dei servizi locale, abbiamo ritenuto fondamentale dare voce a quanti operano quotidianamente sul territorio: Sono stati organizzati tre focus group a Schio, Thiene e Valdagno, ai quali hanno partecipato rappresentanti delle istituzioni: Assessori ai Servizi Sociali di alcuni Comuni, direttori di strutture residenziali per anziani, responsabili di associazioni e fondazioni che operano in campo socio-sanitario.

Schio

La prima e più importante inadeguatezza dei servizi segnalata dai partecipanti al focus group è l'incapacità di dare una risposta adeguata al bisogno di cura dei **lungo degenti (sia di tipo sanitario che assistenziale**). Le famiglie hanno tentato di supplire a questa carenza tramite il ricorso al lavoro privato di cura (le "badanti") che è ora reso difficoltoso a causa delle attuali, costose, procedure di regolarizzazione. Lo scenario è quello di un ospedale che si fa carico solo delle situazioni di bisogno acuto e di un territorio che deve sempre più rispondere al bisogno di cura di lungo periodo, che ha un costo molto elevato.
I comuni, hanno a questo riguardo un comportamento piuttosto eterogeneo: Schio, ad esempio, è riuscito a dotarsi di una struttura per andare incontro al bisogno delle famiglie, ma il costo è elevato e sebbene vi sia una compartecipazione ai costi, la gran parte dell'importo ricade sui parenti dell'anziano.
Le case di riposo, a detta di un direttore, sono oggi degli ospedali geriatrici: manca un modulo intermedio tra la dimissione ospedaliera e il ricovero vero e proprio che supporti le famiglie e gli anziani stessi nella fase di post dimissione. Nonostante il costo dei servizi residenziali a carico delle famiglie sia elevato vi è una richiesta che supera la disponibilità di posti e chi non riesce ad accedere, è costretto a stare a casa. Un grosso problema segnalato è, in particolare, la **scarsità di posti** disponibili nelle **strutture residenziali** per la cura della **demenza senile**, che richiede un'assistenza specialistica (è rilevata, in proposito, una scarsa rilevanza di questo tema a livello di programmazione regionale).

Un altro punto critico delle strutture residenziali è (oltre alla mancanza di posti) la **scarsità di personale addetto alla sorveglianza e all'animazione nelle Case-Albergo**: poiché queste sono nate come spazio per anziani autosufficienti, la normativa non richiede che vi operi personale di questo tipo, tuttavia, a Schio (come altrove) gli ospiti sono persone che hanno problemi di dipendenza e quindi non sono assistiti adeguatamente. A questo proposito è stato suggerito come potrebbero essere inserite delle "badanti" debitamente formate.

Secondo un intervistato, il Comune, a causa dei fondi per i servizi sociali troppo limitati non può assumersi l'onere completo dell'assistenza: l'Ulss dovrebbe pertanto essere chiamata ad assumersi la responsabilità di non dimettere persone anziane in condizioni gravi (che sono altrimenti costrette a ricorrere alle badanti, ma non sempre sono in grado di farlo) e i familiari degli anziani dovrebbero essere chiamati a prendersi cura maggiormente dei propri congiunti.
Quello delle dimissioni precoci è il frutto di un paradosso: il numero di posti e la durata delle permanenze in ospedale sono in contrazione, a dispetto di una popolazione anziana in continuo aumento.

È stato segnalato lo **scarso livello informativo** degli anziani residenti a Schio e nei comuni limitrofi rispetto alle opportunità e ai **servizi socio-sanitari** disponibili. Le due figure individuate come importanti per fornire informazioni agli anziani sono da un lato il medico di famiglia e dall'altro i familiari. Per far conoscere alle famiglie i servizi disponibili, potrebbe essere organizzato un incontro periodico con la partecipazione del medico di base, del parroco e dell'assistente sociale. Rispetto al ruolo informativo del medico di base è stato tuttavia segnalato che spesso anche quest'ultimo ha una scarsa conoscenza delle opportunità di cura e di assistenza. Accanto a questa figura, anche quella del volontario potrebbe essere chiamata a svolgere attività informativa, non solo presso gli ambulatori medici, ma anche in parrocchia e nelle farmacie.

Infine, è stato indicato come carente (sebbene non a livello di emergenza) il sistema del **trasporto protetto rivolto agli anziani** che in molti comuni è gestito solo a livello di associazioni di volontariato. Si tratta di un servizio importante che richiede un notevole impegno da parte degli operatori, inoltre, solo in alcuni casi (Monte di Malo, Schio) gli autisti delle associazioni di volontariato utilizzano i mezzi messi a disposizione dal Comune.

Tra i punti di forza del sistema locale dei servizi socio-sanitari rivolti agli anziani sono state segnalate le **iniziative di "apertura" alla cittadinanza della casa di riposo di Schio**. Lo sforzo in atto è quello di trasformare un luogo "di confinamento" in uno spazio di socializzazione utilizzato da differenti fasce di cittadini: questo avviene attraverso l'organizzazione di mostre di pittura, concerti, e l'apertura di un ristorante in grado di ospitare familiari e amici degli anziani ricoverati. In tale direzione va anche l'apertura di un asilo per i figli dei dipendenti: in questo modo bambini e anziani condividono alcuni spazi all'interno e all'esterno della struttura. Si tratta una iniziativa pregevole tesa a soddisfare non solo il bisogno di socializzazione degli anziani ricoverati, ma anche a promuovere maggiore consapevolezza e condivisione delle necessità, dei desideri, delle ricchezze di cui ciascun individuo è portatore.

Anche il **telesoccorso** è stato indicato come un servizio piuttosto apprezzato sia a Malo che a Carrè. Questo servizio sta per essere introdotto nelle Case-Albergo di Schio, con una particolarità: l'operatore che riceverà la chiamata non allerterà i familiari dell'anziano bensì il servizio più adatto a rispondere al bisogno.

L'auspicio per il futuro, espresso dai partecipanti al focus group, è che i decisori si assumano maggiormente l'onere di pensare e prepararsi ad un futuro che vedrà una popolazione anziana in continuo aumento e che i servizi offerti siano sempre più orientati a dare una risposta ai bisogni, anche in termini di copertura temporale (7 giorni su 7).

Thiene

Il primo tema emerso dal focus group riguarda il bisogno di **trasporto**, che è molto sentito: è frequente la necessità di spostamento dei cittadini dal proprio luogo di residenza in quanto i due ospedali di Schio e di Thiene offrono servizi specialistici differenti (chirurgia da una parte e medicina dall'altra). Da parte dell'Ulss vi è la convinzione che questo servizio debba essere di competenza comunale, pertanto non esiste un piano distrettuale di organizzazione del trasporto. In molti comuni, tuttavia, il trasporto è effettuato su iniziativa delle associazioni di volontariato, alcune volte in regime di convenzione (ad esempio, il circolo Auser di Thiene effettua il servizio di trasporto in convenzione per il Comune, ma anche su chiamata diretta da parte dell'anziano, a titolo gratuito).

Un secondo tema spontaneamente affrontato dai partecipanti al focus è l'**assistenza domiciliare** (in particolare l'ADI), che a detta di alcuni partecipanti al focus, non è adeguata. Secondo un geriatra, medico di base, se all'inizio poteva esservi un servizio inadeguato rispetto ai bisogni, oggi si sta facendo tanto. Il grosso problema nei servizi domiciliari, a suo giudizio, è la burocrazia che richiede un grosso dispendio di tempo.

Alla domanda 'Quale supporto è disponibile per le famiglie?' è emersa la criticità dello scarse risorse economiche a disposizione delle famiglie che si fanno carico della cura di un anziano non autosufficiente. Per molte famiglie ricorrere all'aiuto di una **badante** è molto **oneroso**. A ciò si aggiunge il problema che queste persone spesso non sono in grado di fornire un'assistenza **qualificata**. Il costo di una badante è, sebbene elevato, circa la metà del costo della retta in un istituto di ricovero: questo spinge ulteriormente le famiglie a privilegiare questo tipo di cura, anche se meno qualificato.
Un rischio insito nelle situazioni in cui i figli dell'anziano assistito da una badante sono poco presenti è che "la badante diventi padrona della situazione" e l'anziano si senta impossibilitato a esprimersi ed esercitare la propria capacità decisionale. Come suggerito dai partecipanti al focus group, questo è un aspetto importante della relazione che dovrebbe essere affrontato in eventuali corsi di formazione rivolti alle assistenti domiciliari.

Rispetto al tema della **mancata richiesta di aiuto** da parte delle persone anziane in situazione di particolare disagio è stata indicata, come figura in grado di rilevare e segnalare al Comune o all'Ulss questo tipo di situazioni, il medico di base. Attualmente questo compito viene lasciato alla sensibilità e all'iniziativa del singolo medico e se, per alcuni interlocutori questa attività andrebbe istituzionalizzata, per il geriatra intervistato sarebbe solo un ulteriore aumento della burocrazia: ci vorrebbe, a suo giudizio, solo una "azione di sensibilizzazione".

Un ulteriore problema dei servizi socio-sanitari a disposizione degli anziani risiede, secondo i partecipanti al focus, nello **scarso** (se non inesistente) **coordinamento delle risorse dell'Ulss, del Comune e delle associazioni di volontariato.** Attualmente le famiglie non hanno una visione chiara di quelli che sono i possibili percorsi da seguire per cercare di rispondere al proprio specifico bisogno di assistenza e il raccordo tra le offerte sarebbe fondamentale per offrire una informazione chiara.
In proposito, i rappresentanti delle associazioni hanno parlato del rischio insito nell'istituzionalizzazione dei loro servizi, di non poter rispondere all'eventuale aumento delle richieste.
Rispetto alla modalità di comunicazione, è stato messo in luce come l'informazione sulle risorse disponibili andrebbe fornita personalmente poiché l'anziano legge difficilmente gli opuscoli. Secondo alcuni, questo ruolo di informatori dovrebbe essere svolto dagli anziani "attivi" che potrebbero essere reclutati tra quanti stanno per andare in pensione. Il luogo suggerito potrebbe essere lo studio del medico di base.

Valdagno

A Valdagno è emersa, innanzi tutto, una **scarsa** capacità da parte del sistema dei servizi a farsi conoscere: "l'**informazione** stenta ad arrivare".
Per migliorare il livello di conoscenza dei cittadini, secondo alcuni interlocutori, dovrebbe essere creata una rete informativa che coinvolga non solo i servizi sociali, ma anche i medici di base. Questi ultimi, inoltre, dovrebbero avere il compito di rilevare le situazioni di disagio poiché sono gli unici ad avere un contatto diretto (spesso a domicilio) con gli anziani che vivono isolati e che sono sconosciuti dalle associazioni operanti sul territorio. Il compito di "monitorare" la popolazione anziana per rilevare eventuali situazioni di particolare gravità dovrebbe, secondo altri partecipanti al focus group, essere svolto dal Comune che, avendo a disposizione l'anagrafe della popolazione anziana potrebbe facilmente individuare chi sono coloro che vivono soli e attivare dei controlli adeguati.
È stata evidenziata, da parte della responsabile del servizio di assistenza domiciliare di una cooperativa, la grande differenza nel livello di informazioni a disposizione degli anziani che vivono nei centri urbani rispetto a quelli che risiedono nelle contrade. In questo ultimo caso il compito di informare è attualmente assunto in maniera informale dalle assistenti sociali che spesso, avendo contratti a tempo parziale, non riescono a svolgerlo adeguatamente.

Un altro punto emerso durante la discussione riguarda la **mancanza di personale** disponibile a svolgere i **servizi socio-sanitari** e questo costituisce un paradosso visto che in questa zona c'è una crescente fuoriuscita di manodopera (soprattutto femminile) dal settore tessile. Si tratterebbe dunque di avviare un percorso di riqualificazione professionale rivolto alla parte più sensibile di questo potenziale bacino di persone formabili al lavoro di cura.

Il terzo tema discusso dai partecipanti al focus group riguarda l'**assistenza a domicilio dell'anziano con problemi di dipendenza**. Se è vero che una persona sofferente sta meglio in famiglia piuttosto che in un ricovero, è vero anche che oggi le famiglie hanno

grosse difficoltà (per mancanza di tempo e di spazio domestico) a prendersi adeguatamente cura di un anziano bisognoso di assistenza. L'anziano, spesso, si trova solo fra le quattro mura domestiche accudito dal servizio di assistenza domiciliare solo un paio di ore al giorno. La promozione della domiciliarità rischia così di tradursi in un servizio volto solo al risparmio, incapace di rispondere adeguatamente al bisogno di cura. In questo senso non è escluso, da parte di un partecipante, che la residenzialità possa essere una risposta maggiormente adeguata. A questo proposito, la responsabile del servizio di assistenza domiciliare ha sottolineato come attualmente **i Servizi Sociali stiano fornendo il servizio solo ai casi più gravi e in misura inadeguata rispetto al bisogno**: le famiglie cercano, pertanto, di **far fronte alla necessità di cura tramite il lavoro svolto dalle badanti che è poco qualificato, intermittente e costoso:** questo è un altro ambito di riflessione importante da avviare da parte delle amministrazioni comunali. Infine la valutazione è che nel complesso l'assistenza domiciliare andrebbe potenziata.

Una carenza del sistema dei servizi è ravvisata, dagli intervistati, nella **mancanza di un piano di trasporto rivolto gli anziani**. Il servizio di trasporto è attualmente svolto su iniziativa delle associazioni di volontariato, che hanno cercato di attivarsi (spesso in modo non coordinato tra di esse) per fornire un sostegno ai propri soci. A questo proposito, l'operatrice di una cooperativa ha sottolineato come il servizio di trasporto dovrebbe essere gestito su base comunale, in quanto la dispersione dei piccoli centri abitati sul territorio renderebbe molto difficoltosa una buona gestione a livello sovra comunale che può, quindi, essere pensabile solo per i comuni molto piccoli. Un partecipante al focus group ha suggerito che i comuni potrebbero utilizzare persone in cassa integrazione (come già avviene nelle biblioteche) in modo da abbattere i costi del servizio.

Infine, tra i punti di debolezza dei servizi a disposizione degli anziani sono stati indicati anche l'insufficiente impegno da parte dei Comuni nella **promozione della cultura** (molte attività in questo campo sono lasciate all'iniziativa di associazioni e fondazioni) e la mancanza di facilitazioni e sconti per i servizi di uso comune, quale ad esempio il parrucchiere per le persone più anziane ed economicamente più svantaggiate.

Dalla discussione è stato messo in luce come uno dei punti di forza dei servizi socio-sanitari nella valle di Valdagno è **la grandissima risorsa costituita dai gruppi di volontariato**. Si tratta di un patrimonio che potrebbe rendere molto di più, se solo vi fosse un buon **coordinamento.** Molte organizzazioni infatti svolgono attività simili o complementari ignorando che anche altri si stanno muovendo nella stessa direzione. Un coordinamento potrebbe andare a beneficio delle organizzazioni stesse e del territorio nel complesso.
Da questo punto di vista è stata, però, sottolineata la difficoltà di individuare il soggetto in grado di gestire questa rete e la resistenza, da parte delle associazioni, a coordinarsi e modificarsi in quanto ciascuna è gelosa del proprio ruolo (*"tutti siamo tentati di fare tutto"*). Alcuni partecipanti hanno sottolineato il rischio che mettendo in rete e promuovendo le attività svolte dalle diverse associazioni potrebbe essere impossibile assicurare il servizio a tutti i richiedenti, visto che il numero dei fruitori sarebbe sconosciuto (mentre ora corrisponde agli associati).

Secondo alcuni partecipanti, il ruolo di coordinamento dei gruppi di volontariato dovrebbe essere svolto dal Comune.

Tra i punti di forza dei servizi socio-sanitari del territorio è stata individuata, oltre alla presenza delle associazioni di volontariato, la **gestione unica delle case di riposo** di Trissino, Valdagno (Villa Serena) e, prossimamente, di Recoaro. La "gestione di valle" che va delineandosi, permetterà la specializzazione degli interventi e quindi risposte maggiormente mirate a bisogni differenti della popolazione anziana.

I punti di criticità dei servizi rivolti agli anziani, nel Piano di Zona della Ulss 5

Alcuni punti critici del sistema dei servizi socio-sanitari rivolti agli anziani nel territorio di Valdagno (ma non solo) sono rilevabili anche dal Piano di Zona della Ulss 5 che li ha evidenziati come elementi critici da migliorare:

- Il **servizio di assistenza domiciliare** erogato dalle Amministrazioni Comunali risulta poco utilizzato dalle famiglie per la scarsa incisività dello stesso e per l'elevato concorso alla spesa, che in alcune realtà locali, è richiesto. È pertanto ritenuto necessario assicurare, in futuro, livelli uniformi di trattamento e di concorso nella spesa su tutto il territorio.
- La criticità del servizio **ADI** è la disparità di contribuzione degli utenti (e di trattamento), dovuta anche alla diversità di gestione (ULSS e Comuni) che sarà superabile con il futuro Piano per la Domiciliarità. A questa si aggiunge anche la scarsa integrazione delle attività socio-assistenziali con quelle sanitarie del Distretto: per risolvere questo problema si intende realizzare una centrale operativa comune[9] .
- Per quanto riguarda la **residenzialità** nell'ambito territoriale dell'Ulss 5 sono disponibili complessivamente 648 posti letto ad intensità assistenziale ridotta e media distribuiti negli 11 istituti convenzionati, che non sono però sufficienti a soddisfare le numerose richieste.
- Negli anni recenti sono state avviate alcune sperimentazioni (10 posti letto ad alta protezione per l'Alzheimer a Montecchio Maggiore; 6 posti letto nella sezione per l'accoglienza di soggetti in stato vegetativo ad Arzignano; 7 posti in regime di Pronta Accoglienza rivolto ad anziani non autosufficienti in stato di emergenza socio sanitaria distribuiti in varie case di risposo; 4 posti letto nel nucleo di alta intensità assistenziale a Chiampo, rivolto a soggetti anziani non autosufficienti con necessità di cure sanitarie continuative non gestibili a domicilio). A queste sperimentazioni si affiancheranno, nel corso del presente PdZ, la realizzazione di 8 posti di Hospice e di 20 posti di RSA.

[9] Vedi la "Relazione socio-sanitaria anno 2004".

4.6 Strategie e progetti contenuti nei documenti di programmazione locale e delineati dagli interlocutori privilegiati

De-ospedalizzazione precoce

Nella Ulss 5 per migliorare il collegamento tra le varie istituzioni assistenziali coinvolte nella cura di persone dimesse dall'ospedale è stato attivato un dipartimento apposito, definito Dipartimento di continuità assistenziale, il quale sta preparando un documento specifico. È stata, inoltre, individuata la figura di un'assistente sociale con il compito specifico di coordinamento tra ospedale e territorio. Vi è la volontà di riuscire ad utilizzare al meglio le strutture già esistenti (case di riposo, altre strutture residenziali, il servizio ADI) e di non crearne di nuove.

Assistenza domiciliare (SAD e ADI)

Per quanto concerne il servizio domiciliare, gli obiettivi dell'Ulss 5 sono molteplici:

- Potenziare il servizio ADI (anche se in modo particolare nelle aree centro-sud) in quanto le risorse attualmente disponibili risultano insufficienti. A tal fine l'intento è quello di dotare queste zone di personale infermieristico e tecnico-riabilitativo in quantità adeguata; valorizzare il ruolo delle Case di Risposo e del privato sociale per l'apporto che possono fornire all'assistenza domiciliare attraverso la convenzione; estendere il servizio nei giorni festivi e in fasce orarie più ampie.
- Dare attuazione concreta alla centrale operativa del Distretto, al fine di coordinare gli interventi sui singoli casi tra Ulss, reparti ospedalieri e Comuni evitando la frammentazione degli interventi di natura socio-assistenziale e sanitaria. La centrale operativa unica gestirà tutta l'assistenza domiciliare raccordando i bisogni sanitari e socio sanitari degli utenti. Ciò sarà possibile anche attraverso la definizione di un protocollo operativo tra ospedale e Distretto per la presa in carico e l'assistenza dei casi in ADI.
- Realizzare un'attività di Medicina Generale più rispondente alle attese dei cittadini in fascia anziana. L'intento è quello di promuovere, attraverso protocolli operativi, la collaborazione tra i MMG e i medici dei reparti ospedalieri nella presa in carico comune dei soggetti in ADI.
- Potenziare i servizi domiciliari socio-assistenziali. Garantire livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio ULSS, anche dal punto di vista dell'accesso al servizio, della presa in carico e del concorso alla spesa. A tal fine si intende definire un regolamento unico del servizio al quale ricondurre l'attività delle singole Amministrazioni comunali nonché costituire un gruppo interistituzionale (Ulss, Comuni, enti gestori) per la formulazione di proposte condivise.
- Potenziare le risorse e le capacità della rete famigliare promuovendo interventi tesi a migliorare e rendere sostenibile l'assistenza all'anziano, riducendo l'isolamento della famiglia che lo assiste. Gli interventi da realizzare in questo senso, prevedono corsi rivolti ai familiari sulla cura e l'assistenza dell'anziano in modo da affrontare adeguatamente i cambiamenti dovuti all'invecchiamento e rendere sostenibile la convivenza con l'anziano affetto da malattie

degenerative e invalidanti. È inoltre prevista l'attivazione di gruppi di familiari e caregiver che assistono anziani non autosufficienti a domicilio, per promuovere il mutuo aiuto e lo scambio di esperienze.

Trasporti

Nell'ambito territoriale dell'Ulss 5 la progettualità riguardante i trasporti per anziani ha l'obiettivo di consentire la fruizione, quando necessario, di un servizio aggiuntivo rispetto ai servizi pubblici esistenti. In particolare, gli interventi previsti sono:

- Garantire il servizio di trasporto di anziani che non abbiano modo di raggiungere i centri di servizio (ospedali, ambulatori, servizi sociali).
- Promuovere l'utilizzo delle risorse già presenti nel territorio (mezzi attrezzati di istituti di ricovero, di associazioni di volontariato, di Comuni) attraverso convenzioni e accordi.

Questo tema probabilmente non è sentito come prioritario dalla Ulss 4 che infatti non lo prevede nel Piano di Distretto. Considera tale servizio, infatti, di mera competenza comunale.

Centri diurni per non autosufficienti

La prospettiva dei centri diurni per non autosufficienti nell'Ulss 4 va nella direzione di un consolidamento nella rete dei servizi esistenti e della personalizzazione dell'intervento volto a privilegiare il lavoro sulle abilità residue dell'anziano (interventi riabilitativi a psico-sociali).

Residenzialità

Nell'ambito territoriale dell'Ulss 4, in previsione di un aumento della richiesta di istituzionalizzazione dovuto all'incremento dei fattori di rischio (invecchiamento e riduzione delle protezioni familiari), vi è l'intento di valorizzare il patrimonio delle strutture esistenti in modo che possano continuare a garantire una risposta adeguata ai bisogni della comunità dell'Alto Vicentino. È individuata la necessità di adeguamento del modello organizzativo delle strutture residenziali che dovranno:

- essere in grado di specializzare la propria offerta per un'utenza sempre più grave ed ad alta intensità assistenziale (nuclei di media intensità, nuclei SAPA, stati vegetativi);
- aprirsi alle esigenze del territorio differenziando l'offerta di servizi in stretta integrazione con i comuni e con il Distretto (trasporto, pasti a domicilio, interventi domiciliari assistenziali e/o riabilitativi), configurandosi sempre più come centro servizi o "agenzie territoriali per la gestione della domiciliarità e della residenzialità".

Nell'ambito territoriale dell'Ulss 5, è avvertito il bisogno di un numero maggiore di posti letto per non autosufficienti a retta personalizzata, pertanto si rende necessario in futuro ottenere da parte della Regione Veneto l'autorizzazione per il loro incremento. La distribuzione dei nuovi posti letto seguirà il principio di garantire l'equilibrio tra domanda e offerta nelle varie zone.

All'attuale problema della risposta carente al bisogno di assistenza in RSA e in hospice, l'Ulss 5 intende rispondere attivando le nuove sperimentazioni di 20 e 8 posti rispettivamente nonché individuare tutti gli elementi utili per la loro migliore allocazione. Vi è inoltre l'intento

di riassorbire parzialmente le sperimentazioni (già in corso) di Pronta Accoglienza e di Alta Intensità.

Volontariato

Nella Ulss 5 c'è la volontà di ricercare delle modalità di collaborazione che ora mancano, nonostante il volontariato sia presente ai tavoli di discussione per i Piani di Zona. Vi è pertanto la necessità di un confronto a livello di quotidianità e non solo durante incontri istituzionali.

FONTI

Caritas Vicentina *Osservatorio sull'esclusione sociale*
Istat, *Statistiche in breve, La povertà relativa in Italia nel 2004*
Prefettura di Vicenza – dati dell'Ufficio Territoriale di Governo
Provincia di Vicenza, dati dell'Ufficio di Statistica
Provincia di Vicenza, ULSS 4, *Priorità di sanità pubblica nella provincia di Vicenza: spunti per la prevenzione da una analisi di mortalità*
Regione Veneto, Direzione Sistema Statistico Regionale, *Primo Rapporto Statistico sul Veneto - 2*004
Regione Veneto, *Relazione socio-sanitaria della Regione Veneto 2002 e 2004*
Regione Veneto, Direzione sistema Statistico Regionale
Istat, *Annuario statistico Italiano*,
Istat, *www.demo.istat.it*
Istat, *Censimenti*
ULSS 4, *Piano di Comunità 2004-2006*
ULSS 5 *Piano di zona dei servizi alla persona 2004-2006*
ULSS 5 *Relazione socio-sanitaria anno 2004*