

*Conferenza dei Sindaci del "Veneto Orientale" e Az. Unità Locale Socio Sanitaria n. 10*

**Piano di Zona 2011 - 2015**

**RELAZIONE VALUTATIVA ANNO 2011**



# INDICE

A. LE PRIORITA' DI INTERVENTO SEGUITE .....	pag. 3
B. LE AREE DI INTERVENTO	
B1. Area di intervento "ANZIANI": uno sguardo d'insieme.....	pag. 8
B1.1 I risultati e le criticità	
B2. Area di intervento "FAMIGLIA, INFANZIA, ADOLESCENZA E MINORI IN CONDIZIONI DI DISAGIO": uno sguardo d'insieme.....	pag. 10
B2.1 I risultati e le criticità	
B3. Area di intervento "DISABILITA'": uno sguardo d'insieme .....	pag. 12
B3.1 I risultati e le criticità	
B4. Area di intervento "DIPENDENZE": uno sguardo d'insieme.....	pag. 15
B4.1 I risultati e le criticità	
B5. Area di intervento "SALUTE MENTALE": uno sguardo d'insieme.....	pag. 17
B5.1 I risultati e le criticità	
B6. Area di intervento "MARGINALITA' SOCIALE": uno sguardo d'insieme....	pag. 19
B6.1 I risultati e le criticità	
B7. Area di intervento "IMMIGRAZIONE": uno sguardo d'insieme.....	pag. 22
B7.1 I risultati e le criticità	
C - IL DISEGNO DI VALUTAZIONE ADOTTATO .....	pag. 24



## A. LE PRIORITÀ DI INTERVENTO SEGUITE

Questa sezione è dedicata alle priorità generali che hanno caratterizzato il primo anno di realizzazione del Piano di Zona 2011 - 2015.

Nel corso del 2011 sono state perseguite gran parte delle priorità programmate nel Piano di zona, anche se le risorse impiegate, come si evince dalla tabella che segue, risultano inferiori a quanto era stato previsto per l'anno 2011, anche a causa di una generale diminuzione dei finanziamenti pubblici, legata al particolare momento economico.

**TABELLA 1: Risorse per area e tipologia di intervento nell'anno 2011. Confronto dati di previsione e dati di rendiconto.**

<i>tipologia di intervento</i>		Accesso, Consulenza e presa in carico	Interventi domiciliari e territoriali	Interventi semi-residenziali	Interventi residenziali	Sostegno economico	Interventi di socializzaz., prevenzione, informazione	TOTALE RISORSE PER AREA DI INTERVENTO
<i>aree di intervento</i>								
<b>Famiglia, infanzia, adol., minori .., giovani</b>	previsione	5.203.796	360.951	824.407	138.641	2.817.711	933.290	10.278.796
	rendiconto	4.631.748	368.972	2.054.731	16.960	2.713.940	589.008	10.375.359
<b>Persone anziane (&gt;64 anni)</b>	previsione	699.047	3.308.144	111.960	15.006.859	6.056.189	583.096	25.765.295
	rendiconto	521.140	2.662.170	40.971	13.611.858	5.085.969	389.522	22.311.630
<b>Disabilità</b>	previsione	899.159	2.596.323	5.153.720	1.061.000	3.958.321	22.091	13.690.614
	rendiconto	698.709	2.497.438	5.021.137	922.457	3.243.613	40.468	12.423.822
<b>Dipendenze</b>	previsione	2.006.000	28.586	146.683	20.000	810.466	185.911	3.197.646
	rendiconto	2.097.249	23.451			1.001.918	85.200	3.207.818
<b>Salute mentale</b>	previsione	7.108.718	30.899	381.010	3.448.772	154.576	78.627	11.202.602
	rendiconto	7.267.032		331.216	3.648.314	348.063	63.500	11.658.125
<b>Immigrazione</b>	previsione	349.311	125.787			450.800	108.164	1.034.062
	rendiconto	187.276	88.259			244.560	146.818	666.913
<b>Marginalità sociale</b>	previsione	415.006	115.784			795.538	8.923	1.335.251
	rendiconto	267.251	102.447			522.537		892.235
<b>Interventi trasversali</b>	previsione	448.397					279.459	727.856
	rendiconto	422.553	2.174.554				1.023.204	3.620.311
<b>TOTALE RISORSE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO</b>	previsione	17.129.434	6.566.474	6.617.780	19.675.272	15.043.601	2.199.561	67.232.122
	rendiconto	16.092.958	7.917.291	7.448.055	18.199.589	13.160.600	2.337.720	65.156.213

Va precisato che il quadro economico complessivo del sistema dell'offerta sopra descritto risulta sottostimato, in quanto mancano le risorse messe a disposizione da tre comuni del territorio.

Nel rispetto delle strategie di indirizzo e delle scelte operative formulate nel Piano di zona 2011/2015 per orientare la programmazione del sistema dell'offerta, nel primo anno del quinquennio si è dato sviluppo alla realizzazione di una più elevata omogeneità in tutto il territorio dell'ULSS dell'operatività assicurata dai servizi, attraverso la riorganizzazione funzionale di alcuni di essi.

Per rendere più integrata la rete dei servizi socio sanitari, si è avviato un percorso che prevede l'informatizzazione delle procedure e la messa in rete dei servizi socio sanitari e sociali dei comuni, nonché il potenziamento delle attività dello sportello integrato.

In aree specifiche si è favorita l'integrazione tra soggetti pubblici e del privato sociale operanti nel territorio: gli enti locali e le istituzioni in genere si sono rapportati per concordare gli interventi in modo da ottimizzare l'uso delle risorse ed evitare sovrapposizioni.

L'obiettivo di incentivare e sostenere le reti comunitarie (famiglia, associazioni ecc.) nella promozione del benessere generale e della civile convivenza, si è concretizzato trasversalmente in tutte le aree del piano, attraverso specifici interventi.

Per adeguare la rete di offerta di servizi diurni e dei centri residenziali per anziani non autosufficienti, la programmazione locale è stata definita dalla Conferenza dei sindaci secondo le indicazioni regionali e con il criterio di garantire una omogenea distribuzione territoriale dei posti letto, anche al fine di favorire una maggiore accessibilità da parte dei cittadini ai centri stessi.

Particolare attenzione è stata dedicata, trasversalmente a tutte le aree, agli interventi nell'ambito della domiciliarità, nella prospettiva di contrastare i processi di istituzionalizzazione e nell'ottica di favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita della persona in disagio socio sanitario e sociale.

Si rimanda alla descrizione nelle singole aree degli approfondimenti su specifici interventi e sulle criticità riscontrate nell'attuazione del piano nell'anno 2011.

L'entità della spesa sostenuta nel triennio 2009 - 2011 per realizzare i servizi e progetti appartenenti alle diverse tipologie di intervento di ciascuna area è riportata nella tabella 2.

**TABELLA 2: Spesa per progetti e servizi ripartiti per area e tipologia di intervento. Triennio 2009 - 2011.**

<i>tipologia di intervento</i>		Accesso, Consulenza e presa in carico	Interventi domiciliari e territoriali	Interventi semi-residenziali	Interventi residenziali	Sostegno economico	Interventi di socializzaz., prevenzione, informazione	TOTALE RISORSE PER AREA DI INTERVENTO
<b>Famiglia, infanzia, adol., minori ..., giovani</b>	2009	4.663.830	322.293	811.413		2.679.747	591.300	9.068.583
	2010	4.571.409	367.057	976.356		2.921.945	618.422	9.455.189
	2011	4.631.748	368.972	2.054.731	16.960	2.713.940	589.008	10.375.359
<b>Persone anziane (&gt;64 anni)</b>	2009	588.269	3.165.334	43.032	11.747.695	5.877.719	476.921	21.898.970
	2010	664.043	3.213.116	34.932	13.849.018	7.103.277	488.078	25.352.464
	2011	521.140	2.662.170	40.971	13.611.858	5.085.969	389.522	22.311.630
<b>Disabilità</b>	2009	658.362	2.565.314	4.605.020	946.827	4.344.626	51.635	13.171.784
	2010	678.964	2.775.144	4.778.952	952.711	4.606.011	30.068	13.821.850
	2011	698.709	2.497.438	5.021.137	922.457	3.243.613	40.468	12.423.822
<b>Dipendenze</b>	2009	2.012.265	35.801	150.874		707.544	299.963	3.206.447
	2010	2.044.869	17.490	10.683		924.410	230.313	3.227.765
	2011	2.097.249	23.451			1.001.918	85.200	3.207.818
<b>Salute mentale</b>	2009	6.983.255	29.919	342.121	2.949.647	228.189	71.127	10.604.258
	2010	7.184.114	18.785	400.636	3.322.392	274.361	197.475	11.397.763
	2011	7.267.032		331.216	3.648.314	348.063	63.500	11.658.125
<b>Immigrazione</b>	2009	344.915	191.349			462.186	111.203	1.109.653
	2010	259.758	130.417			437.277	139.243	966.695
	2011	187.276	88.259			244.560	146.818	666.913
<b>Marginalità sociale</b>	2009	296.719	104.079			808.836	9.036	1.218.670
	2010	267.367	109.712			653.113		1.030.192
	2011	267.251	102.447			522.537		892.235
<b>Interventi trasversali</b>	2009	293.906					265.441	559.347
	2010	635.901					413.448	1.049.349
	2011	422.553	2.174.554				1.023.204	3.620.311
<b>TOTALE RISORSE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO</b>	2009	15.841.521	6.414.089	5.952.460	15.644.169	15.108.847	1.876.626	60.837.712
	2010	16.306.425	6.631.721	6.201.559	18.124.121	16.920.394	2.117.047	66.301.267
	2011	16.092.958	7.917.291	7.448.055	18.199.589	13.160.600	2.337.720	65.156.213

Il quadro sopra descritto include parzialmente le risorse presenti e messe in campo in modo autonomo dal Terzo settore e dai privati per la gestione di servizi semiresidenziali e residenziali. Differentemente dall'anno 2010, nel 2011 sono state in più rilevate le risorse relative ai servizi

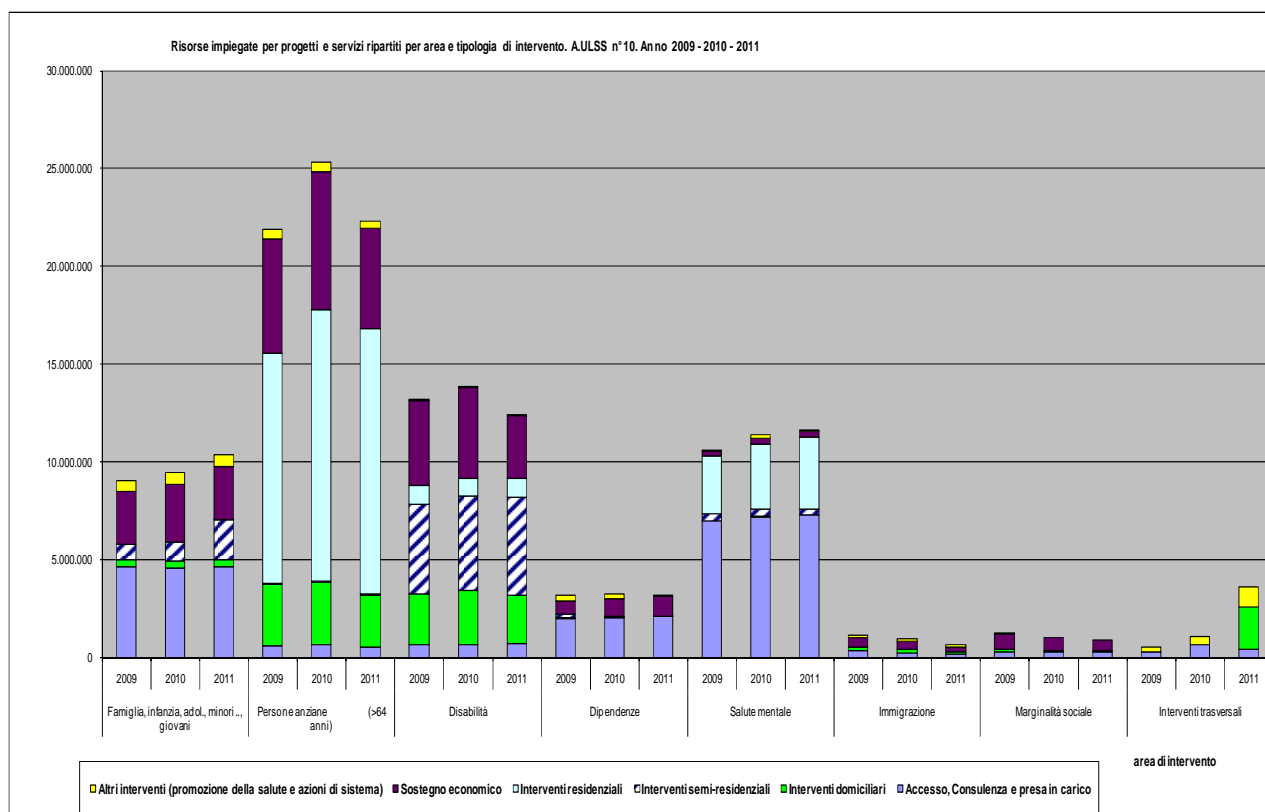
per la prima infanzia e ciò ha comportato un sostanziale incremento nella rilevazione delle risorse attinenti agli interventi semiresidenziali.

Come si può ben vedere dalla tabella e dal relativo grafico (Fig. 1), le diverse tipologie di intervento hanno rilevanza molto diversificata all'interno delle diverse aree:

- i servizi residenziali continuano a mantenere complessivamente il peso maggiore in termini di risorse assorbite (ad eccezione del 2009) e riguardano principalmente l'area Anziani; in particolare l'aumento della spesa nell'Area della Salute mentale è legato all'utilizzo pieno, nel 2011, della capacità ricettiva della CTRP di Fossalato di Portogruaro;
- continua ad essere rilevante anche l'entità delle risorse destinate al sostegno economico, presente in quasi tutte le aree, pur registrando un calo rispetto all'anno 2010;
- gli interventi di accesso, consulenza e presa in carico hanno maggiore rilevanza nelle aree della Salute Mentale, della Famiglia e delle Dipendenze;
- gli interventi domiciliari e territoriali hanno registrato nel 2011 un incremento dovuto alla rilevazione, nell'area degli interventi trasversali, dell'assistenza medico infermieristica erogata dall'Azienda ULSS;
- gli interventi semiresidenziali sono particolarmente rilevanti nell'area della Disabilità e Famiglia;
- molto meno rilevanti sono le risorse impiegate per gli interventi di socializzazione, prevenzione e informazione; l'incremento registrato è dovuto alla rilevazione, nel 2011, delle risorse per azioni di sistema e spese di organizzazione (nell'area interventi trasversali).



**Fig.1: Risorse impiegate ripartite per area e tipologia di intervento. A.ULSS n.10. Triennio 2009 - 2011**



Dal grafico si può notare la notevole differenza di consistenza economica delle spese complessive dedicate alle diverse aree di intervento.

Nella tabella che segue viene invece descritto l'andamento nel triennio 2009 – 2011 della percentuale di costi sostenuti per area d'intervento in rapporto al totale complessivo delle risorse del sistema dell'offerta. Tale indicatore fornisce indicazioni sull'evoluzione dell'importanza economica delle diverse aree di intervento.

**Tab. 2 - Andamento temporale della percentuale di costi sostenuti per l'area in rapporto al totale di tutti gli interventi previsti per il Piano**

	2009	2010	2011
anziani	36,00%	38,24%	34,24%
famiglia	14,91%	14,26%	15,92%
disabili	21,65%	20,85%	19,07%
dipendenze	5,27%	4,87%	4,92%
salute mentale	17,43%	17,19%	17,89%
marginalità sociale	2,00%	1,55%	1,37%
immigrazione	1,82%	1,46%	1,02%
Interventi trasversali	0,92%	1,58%	5,56%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%

## **B. LE AREE DI INTERVENTO**

### **B1. Area di intervento "Anziani": uno sguardo d'insieme**

Nel 2011, in continuità con le politiche previste nel piano di zona 2007/2010, sono state perseguite le azioni volte a facilitare l'accesso alla rete dei servizi ed in particolare ai residenziali extraospedalieri per persone anziane non autosufficienti, nonché a favorire un maggior collegamento tra ospedale e territorio.

Nello specifico le politiche avviate nel 2011 sono state orientate a favorire il passaggio dalla logica di "casa di riposo" ad una più complessa di "centri servizi residenziali"; a sostenere la libera scelta del cittadino e accesso ai centri servizi ed alla definizione dei criteri per la programmazione e l'assegnazione dei posti letto.

Infine si è puntato al miglioramento dei servizi domiciliari ed alla presa in carico della persona demente oltre che a migliorare la fruibilità dei servizi semiresidenziali.

#### **B1.1 I risultati e le criticità**

Dal 2010 vi è stato un miglioramento della presa in carico globale della persona anziana grazie all'attivazione di uno sportello integrato in ciascun distretto socio sanitario dell'Azienda, favorendo l'accesso alla rete dei servizi socio sanitari del territorio e garantendo a tutti pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi. Lo sportello integrato ha assunto un ruolo chiave in particolare rispetto alle dimissioni protette riducendo l'inappropriatezza di alcuni ricoveri ospedalieri e definendo un percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio attraverso la definizione di uno specifico protocollo di lavoro per le dimissioni protette del "paziente fragile".

Per quanto riguarda la politica di sostegno alla domiciliarità delle persone anziane, sono stati mantenuti costanti i livelli di assistenza domiciliare socio assistenziale ed integrata, mentre si è registrato un leggero incremento nell'utilizzo dei posti disponibili nei Centri diurni per anziani non autosufficienti, in cui si sono registrate n. 1.476 giornate di frequenza rispetto alle 1039 del 2010. Ciò è dovuto anche ad un maggior coinvolgimento dei servizi sociali comunali nell'ambito dei gruppi di lavoro del piano di zona.

Nel corso del 2011, inoltre, è stato avviato uno specifico gruppo di lavoro con lo scopo di individuare azioni e strategie per favorire la presa in carico globale della persona anziana affetta

da demenza con disturbi comportamentali e un maggior coordinamento dei servizi socio sanitari a favore delle persone affette da demenza.

Per quanto riguarda la rete dei servizi semi-residenziali si evidenzia, quale criticità per il nostro territorio, la mancanza di un centro diurno specializzato per anziani che soffrono di demenza senile.

Per quanto riguarda invece gli interventi residenziali è proseguito il percorso di superamento della logica delle Case di riposo per spostarsi, in attuazione delle linee guida regionali, verso la piena attuazione dei Centri di servizi per la persona anziana offrendo una sempre più ampia diversificazione dell'offerta dei servizi.

In questo ambito, nel corso del 2011, tutti i Centri Servizi Residenziali hanno avviato il percorso per l'accreditamento istituzionale che è stato ottenuto da 5 centri su 7 convenzionati con l'azienda ULSS.

Nel 2011 è stato aggiornato il regolamento di accesso ai servizi residenziali per anziani, al fine di rendere più agevoli le procedure di accesso e al tempo stesso di garantire la libertà di scelta di ciascun cittadino in relazione alle sue specifiche esigenze.

Infine, è stata definita la programmazione dei posti letto per anziani non autosufficienti da realizzarsi sulla base del fabbisogno stimato dalla Regione del Veneto con la DGRV n. 190/2011. La programmazione ha tenuto conto dei criteri definiti dalla Conferenza dei Sindaci e sulla base delle linee guida regionali.

In particolare i criteri adottati sono stati i seguenti:

- 1) l'individuazione di posti letto, che le nuove strutture potranno garantire, è subordinata all'esaurimento della capacità ricettiva complessiva dei centri servizi residenziali esistenti sul territorio;
- 2) la localizzazione di nuovi centri servizi residenziali deve favorire una omogenea distribuzione territoriale di posti letto al fine di favorire l'accessibilità alle strutture da parte dei cittadini;
- 3) le proposte di realizzazione di nuovi centri di servizio devono documentare una reale possibilità di costruzione e di avvio della struttura nei tempi di validità del presente Piano di Zona;
- 4) il numero dei posti letto accreditabili non può superare il fabbisogno previsto dalla DGRV n. 190 del 22/02/2011.

## **B2. Area di intervento "Famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizioni di disagio": uno sguardo d'insieme**

Nell'anno 2011 sono stati mantenuti gran parte degli interventi di accesso, consulenza e presa in carico della famiglia e dei minori nelle diverse fasi dello sviluppo, avviati negli ultimi anni in applicazione alle linee di indirizzo regionali. La promozione della famiglia e dei servizi dedicati, il sostegno alla genitorialità e la protezione e la tutela dei minori hanno visto uniti l'azienda ulss e i servizi sociali comunali in uno sforzo comune sostenuto anche da specifici finanziamenti regionali ("Piano Infanzia adolescenza e famiglia" ed "Educazione alla sessualità e all'affettività").

### **B2.1 I risultati e le criticità**

Particolare attenzione è stata posta al sostegno della genitorialità soprattutto nel periodo della nascita e del puerperio, attraverso anche il sostegno all'allattamento materno, e nel periodo critico dell'adolescenza. In quest'ambito sarebbe tuttavia necessario indirizzare maggiori risorse per raggiungere le famiglie straniere dove a volte risulta difficile la gestione dei figli di seconda generazione.

Per quanto riguarda invece gli interventi di mediazione familiare presso i consultori familiari, che negli anni precedenti erano stati potenziati grazie a specifici finanziamenti regionali, nel 2011 hanno subito una brusca riduzione, lasciando in parte scoperta la crescente richiesta del nostro territorio di sostegno alle coppie, anche con figli minori, che presentano difficoltà a gestire autonomamente i momenti di crisi. Si conferma quindi come criticità il non potere contare su risorse certe che garantiscano la programmazione delle attività nel tempo.

Risultano non del tutto sufficienti, per l'aumentare della domanda, anche le risorse dedicate all'area della conflittualità di coppia, nel cui ambito sarebbe opportuno avviare attività a carattere preventivo ed interventi di gruppo, anche al fine di coprire una più ampia fascia d'utenza.

Nel 2011 si è continuato a garantire l'attività di prevenzione nelle scuole, pur richiedendo notevoli sforzi da parte dei servizi (in particolare SerD e consultorio familiare), offrendo una ormai consolidata rete di interventi preventivi e ampliando il raggio d'azione anche ai centri di formazione professionale. I risultati più che soddisfacenti inducono però ad un aumento della richiesta da parte delle scuole, alla quale non è sempre possibile rispondere. Nello specifico il potenziamento delle attività viene richiesto dalle scuole elementari ma risulterebbe opportuno

avviare progettualità specifiche anche ai genitori con bambini inseriti nei nidi e nelle scuole dell'infanzia.

Per quanto riguarda la politica di potenziamento della rete dei servizi educativi semi-residenziali e residenziali, si continua ad evidenziare nel 2011 la carenza di centri diurni per minori/adolescenti nell'area portogruarese e nella zona del litorale. Un importante traguardo è invece stato raggiunto nel dicembre del 2011 con l'inaugurazione di una comunità per minori educativa-riabilitativa per preadolescenti/adolescenti a Jesolo. L'apertura di questa comunità rappresenta un'importante risorsa non solo per il nostro territorio, ma anche per tutte le Ulss limitrofe. La realizzazione di una comunità di questo tipo era stata prevista già nella prima edizione del piano di zona e nel corso del tempo la sua apertura risultava sempre più essenziale per completare l'offerta residenziale rivolta a minori in disagio psicosociale e/o con gravi disturbi del comportamento, al fine anche di permettere il rientro nel nostro territorio di alcuni minori che per necessità erano stati ricoverati in comunità molto lontane da casa.

In conclusione, relativamente all'area in questione, si rileva la presenza di una ormai robusta rete di attività sia a carattere preventivo, sia educativo, come pure di una soddisfacente rete di servizi semiresidenziale che residenziali. Permane invece quale criticità principale la mancanza, a causa dell'incertezza delle risorse, di una programmazione sul lungo periodo di interventi innovativi e rispondenti a necessità reali dell'utenza, il cui consolidamento potrebbe invece assicurare nel futuro un maggior sostegno alla famiglia nelle fasi più critiche e conseguentemente produrre tangibili risultati di riduzione del disagio.

## **B3. Area di intervento "Disabilità": uno sguardo d'insieme**

Nel 2011 sono state perseguite, per continuità, le politiche previste nel piano di zona 2011/2015, con particolare riguardo alla politica volta a consentire alle persone con disabilità il diritto di vivere nella propria famiglia e nel normale ambiente di vita (domiciliarità) e a sostenere le famiglie nell'attività di cura e di assistenza; alla politica volta ad assicurare il diritto all'istruzione e all'educazione delle persone con disabilità e a quella che garantisce risposte semiresidenziali adeguate al bisogno, sia in termini di qualità degli interventi che di quantità della ricettività.

### **B3.1 I risultati e le criticità**

In relazione alle emergenti problematiche legate ai bisogni delle persone con disturbi di autismo e delle loro famiglie, i distretti socio sanitari, attraverso le unità operative di neuropsichiatria infantile, in continuità con il precedente quadriennio, hanno erogato specifiche prestazioni assistenziali in forma aggregata e grazie al sostegno della Regione, con DGRV n. 3307 del 21.12.2010 e DGRV n. 3566 del 30.12.2010, è proseguita l'esperienza del Centro educativo pomeridiano per il trattamento dei disturbi pervasivi dello sviluppo di tipo autistico. Il progetto è stato realizzato dall'UOC di neuropsichiatria infantile di San Donà di Piave con la stretta collaborazione, mediante convenzione, dell'associazione ANGSA di San Donà di Piave.

All'interno delle attività che mirano a promuovere l'autonomia della persona disabile, vi è stato un incremento della somma dedicata al sostegno del progetto "vita indipendente".

Per quanto riguarda la gestione territoriale del servizio di assistenza domiciliare, al fine di superare le criticità che il precedente appalto organizzativo - basato su cinque distinte unità organizzative (2 unità operative di neuropsichiatria infantile e 3 unità operative sociali handicap) - aveva generato in termini di uniformità dei percorsi assistenziali, di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di complementarietà degli intenti, si è adottata ed applicata nel 2011 una nuova soluzione organizzativa.

Con deliberazione del Direttore generale n. 72 del 16.03.2011 è stata quindi istituita un'unica unità operativa semplice denominata "Disabilità in età adulta", quale articolazione della direzione distrettuale del Distretto socio sanitario n. 3 di Portogruaro, ma con operatività su tutti e tre i distretti socio sanitari, con la contemporanea soppressione delle suddette unità operative.

Nella Deliberazione del direttore generale n. 477 del 23.12.2011, inoltre, è stato approvato il Regolamento della sopra detta unità operativa e contemporaneamente i protocolli operativi di presa in carico comune e/o collaborazione tra:

- le unità operative di neuropsichiatria infantile, psichiatria e disabilità in età adulta;
- le unità operative di neuropsichiatria infantile, medicina fisica – riabilitativa e disabilità in età adulta;
- le unità operative di neuropsichiatria infantile, neurologia e disabilità in età adulta.

I protocolli operativi hanno la finalità di sollecitare e promuovere l'integrazione dei diversi servizi del territorio, recependo le indicazioni del gruppo di lavoro di area che prevede il miglioramento delle procedure di presa in carico per le persone con doppia diagnosi, sollecitando l'integrazione dei diversi servizi del territorio, coinvolgendo le unità operative di neuropsichiatria infantile, Cure primarie, Medicina e riabilitazione, Psichiatria, Neurologia e integrando i regolamenti UVDM.

Il Piano di zona 2011/2015, alla politica "Sostegno degli interventi rivolti all'integrazione scolastica e lavorativa" prevede il "Progetto di sistema 4: rinnovo aggiornamento accordo di programma". Il Gruppo di lavoro programmazione territoriale, lavorando per sottogruppi, ha proceduto alla revisione dell'accordo, nonché alla definizione della nuova stesura dello stesso. La Conferenza dei sindaci del Veneto Orientale, nella seduta del 5.12.2011 ha espresso parere favorevole ai contenuti dell'accordo, che mira ad assicurare il diritto all'istruzione e all'educazione delle persone con disabilità.

Il tema dell'integrazione scolastica degli alunni con disabilità grave e gravissima ha trovato nel progetto quadro "Scuole particolarmente attrezzate (Unità funzionali complesse)", allegato al sopra citato accordo, ufficializzazione della pluriennale esperienza avviata, in forma sperimentale, presso gli Istituti comprensivi di Jesolo, di Ceggia e San Donà di Piave.

Nel 2011 è giunto al termine il progetto "Permesso a crescere"; il finanziamento prima destinato a tale iniziativa, è stato utilizzato per la realizzazione di un nuovo progetto "Nuovi spazi per l'autonomia" a favore di utenti disabili.

Nel 2011 sono proseguiti i rapporti di collaborazione con gli Enti gestori dei centri diurni: si sono avuti n. 13 inserimenti e 11 dimissioni.

Per la prima volta si è provveduto a rimborsare, almeno parzialmente, i costi sostenuti dai Centri diurni che hanno fornito prestazioni infermieristiche- riabilitative agli ospiti delle stesse strutture.

Permane come criticità l'impossibilità di soddisfare le richieste di tutti gli utenti in lista d'attesa e di adeguare le quote economiche corrisposte ai Centri diurni, non essendo sufficienti le risorse economiche a disposizione.

L'assegnazione regionale delle quote sanitarie continua ad essere insufficiente a coprire tutti i posti letto accreditati presso le comunità alloggio per disabili, per effetto dell'applicazione dei tre livelli assistenziali, lievi, medi e gravi, di cui alla delibera della giunta regionale n. 4589/2007. Tale situazione non consente di coprire il fabbisogno di posti letto per disabili stimato dalla Regione per la nostra azienda ULSS.

Le Comunità alloggio del territorio, per favorire il miglioramento continuo della qualità dei servizi, hanno avviato il percorso per ottenere l'accreditamento istituzionale, che è stato già rilasciato a tre strutture su sette.



## **B4. Area di intervento "Dipendenze": uno sguardo d'insieme**

Nel corso del 2011 le risorse economiche impiegate nell'area dipendenze risultano sostanzialmente invariate rispetto all'anno precedente. In continuità con il lavoro svolto negli anni precedenti, sono state perseguite le azioni previste dal piano di zona 2011-2015, ponendo particolare attenzione alle politiche di prevenzione, riferite ai vari contesti di socializzazione dei giovani e degli adolescenti, al mondo della scuola e ai luoghi di lavoro. Inoltre, considerando come si sta modificando in questi anni l'utenza che accede ai servizi e orientando le scelte di intervento secondo il principio di integrazione socio-sanitaria promosso dalle politiche regionali, sono stati intensificati i rapporti tra servizi in un'ottica di rete, promuovendo una presa in carico personalizzata dell'utente e considerando anche le nuove forme di dipendenze.

### **B4.1 I risultati e le criticità**

Per quanto riguarda le politiche di prevenzione, sono stati attuati interventi nei diversi ambienti di riferimento dei giovani e degli adolescenti, effettuando sia una prevenzione di tipo selettivo attraverso progetti che si sono svolti nei luoghi di socializzazione e di aggregazione spontanea, sia una prevenzione di tipo generale in ambito scolastico, luogo privilegiato per la realizzazione di interventi diversificati, indirizzandola a tutti gli istituti scolastici del territorio. Questo tipo di proposta è stata rivolta ad un livello di prevenzione di base, ma in modo meno capillare rispetto agli anni precedenti a causa delle difficoltà legate alla mancanza dei tradizionali fondi regionali (ex DPR 309/90) a supporto di tali attività. Nell'ambito della prevenzione dell'uso di alcol nei luoghi di lavoro, si evidenzia che durante l'anno 2011 è stato dato corso al progetto europeo EWA (European Work Places and alcohol), per il quale l'azienda u.l.s.s. n.10 è stata scelta come partner italiano, che prevede la collaborazione del dipartimento per le dipendenze con il servizio prevenzione igiene sicurezza ambienti di lavoro (SPISAL) al fine di coinvolgere i lavoratori di alcune aziende con interventi innovativi e di promuovere nuove politiche aziendali rispetto alla prevenzione dell'uso di bevande alcoliche.

Per quanto riguarda la cura delle dipendenze, nel corso del 2011 sono stati garantiti gli stessi livelli di prestazione degli anni precedenti per gli interventi a carico del sistema sanitario nazionale, in un'ottica di uniformità al territorio regionale. E' proseguita in modo costante la collaborazione con il dipartimento di salute mentale, in particolare per la presa in carico di utenti in doppia diagnosi, secondo quanto previsto da specifico protocollo aziendale.

Si pone in evidenza che nel corso del 2011 sono aumentate le richieste di presa in carico relative a nuove forme di dipendenza, in particolare quelle legate al gioco d'azzardo patologico (GAP), impegnando in modo consistente il tempo di lavoro degli operatori dei servizi per le dipendenze.

Un importante risultato raggiunto è stato la stesura di un protocollo operativo che prevede una collaborazione concreta tra il dipartimento per le dipendenze e i comuni del territorio dell'azienda u.l.s.s. n. 10 per predisporre progetti socio-riabilitativi individualizzati che accompagnino gli utenti, con problemi di dipendenza e pluri-assistiti, verso l'inclusione sociale, tramite una presa in carico integrata. Si segnala inoltre l'istituzione del COA (Comitato Operativo Allargato) del Dipartimento, per il quale è stato organizzato un incontro al quale hanno partecipato i Comuni, le scuole, il privato sociale e i diversi organismi del volontariato presenti nel territorio, con l'obiettivo di coordinare gli interventi in favore delle dipendenze, e di individuare gli ambiti su cui è necessario confrontarsi e intervenire.

Per quanto riguarda infine la politica di sviluppo della rete degli interventi semiresidenziali e residenziali, varie difficoltà non hanno permesso l'attivazione dei previsti appartamenti protetti, tuttavia gli operatori del dipartimento per le dipendenze e gli operatori dei servizi sociali comunali hanno avviato un confronto in merito alla stesura di un progetto che prevede nuove strutture nel territorio che favoriscano un adeguato reinserimento sociale per pazienti inseriti in un percorso di riabilitazione.

## **B5. Area di intervento "Salute mentale": uno sguardo d'insieme**

Nel 2011 sono state realizzate la gran parte delle politiche previste nel nuovo piano di zona 2011/2015 per la prima annualità. In particolare sono state potenziate le attività riabilitative a favore di utenti psichiatrici in relazione al raddoppio delle risorse previste per i laboratori protetti in collaborazione con l'A.IT.Sa.M. di San Donà di Piave e la cooperativa "APE" di Portogruaro. E' stata inoltre firmata una nuova convenzione con i comuni del sandonatese per la realizzazione del Centro "Al Ponte", a favore di pazienti del centro di Salute Mentale di San Donà di Piave. Conseguentemente a queste azioni le risorse complessive dedicate al sostegno economico ("salari starter") hanno subito un aumento.

Per le politiche rivolte allo sviluppo e al sostegno delle reti degli interventi semiresidenziali, delle strutture residenziali e degli interventi riabilitativi, si è proceduto al pieno utilizzo della rete delle strutture esistenti.

### **B5.1 I risultati e le criticità**

Nel corso del 2011 si è continuato a dare sviluppo e sostegno all'organizzazione dipartimentale e alla rete delle strutture per l'accesso, la consulenza e la presa in carico dei pazienti psichiatrici mantenendo l'alto livello raggiunto relativamente alle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento lavorativo in atto. Tali tipologie di interventi (vds. Tab.1) continuano ad assorbire la maggior parte delle risorse messe a disposizione nell'area e i relativi costi, proprio per la natura stessa degli interventi, sono quasi esclusivamente a carico del fondo sanitario regionale.

Tra le principali politiche perseguite si evidenzia lo sviluppo e il sostegno alle reti sia degli interventi semiresidenziali, con un incremento delle attività dei centri diurni in risposta ad un sempre maggiore bisogno di accoglienza da parte dell'utenza, sia delle strutture residenziali e degli interventi riabilitativi. In quest'ultimo ambito si è registrato nel 2011 un miglioramento dell'utilizzo delle strutture residenziali esistenti afferenti al Centro per i Disturbi del Comportamento alimentare e un aumento della disponibilità di posti letto all'interno delle comunità alloggio esistenti, in particolare l'incremento da 6 a 10 posti della Comunità Alloggio di Jesolo "Casa Nalin" ed il graduale pieno utilizzo della CTRP di Fossalato di Portogruaro (da 14 a 20 posti).

In parallelo, nell'area a sostegno dell'abitare autonomo, si continua ad incrementare lo sviluppo della residenzialità a bassa protezione per pazienti che hanno usufruito positivamente di percorsi riabilitativi.

E' stata infatti rinnovata la convenzione con il Comune di San Donà di Piave per il Gruppo Appartamento protetto.

Sempre nell'ottica della centralità dei servizi sulla persona nell'ambito degli interventi riabilitativi e di sviluppo della domiciliarità e territorialità delle cure e sostegno della famiglia, nel 2011, si sono gettate le basi per la realizzazione dei progetti previsti nel nuovo piano di zona come " l' operatore di confine".

Il livello di sussidiarietà è stato garantito da cooperative e associazioni di volontariato e dei familiari attive e ben radicate in tutto il territorio del Veneto Orientale.

## **B6. Area di intervento "Marginalità sociale": uno sguardo d'insieme**

Nel 2011 sono state perseguite, in continuità con gli anni precedenti, le politiche previste nel piano di zona 2011/2015, con particolare riguardo alle politiche volte a garantire il sostegno familiare e domiciliare, a contrastare le forme di marginalità sociale e promuovere opportunità di inserimento lavorativo.

### **B6.1 I risultati e le criticità**

La politica volta a garantire una diffusa informazione, al fine di facilitare l'accesso ai servizi, si è concretizzata anche nel 2011, oltre che attraverso le consuete attività di segretariato sociale, anche attraverso la realizzazione e distribuzione di una guida ai sussidi anticrisi con l'intento di sviluppare al meglio tutte le opportunità di intervento per le persone colpite dalla crisi stessa.

In generale nel 2011 si è assistito ad un aumento delle richieste di aiuto da parte di persone incorse nelle nuove povertà a causa della perdita del lavoro, delle difficoltà a rientrare nel mercato occupazionale da parte degli over 50, oltre a povertà legate alle fragilità economiche dei nuclei monogenitoriali e ai gravi problemi causati dalla dipendenza dal gioco.

A fronte della crescente presenza di situazioni di nuclei e persone in condizione di fragilità sociale ed economica si è provveduto ad adeguare le risorse destinate all'assistenza economica. Inoltre, dopo una lunga e articolata fase di sperimentazione, che ha portato all'individuazione di criticità relative alla soglia di ammissibilità, il gruppo di lavoro ha licenziato e condiviso con la Conferenza dei Sindaci un Regolamento unico in materia di assistenza economica.

Per contrastare le forme di marginalità sociale e promuovere opportunità di lavoro per persone in condizione di povertà, si è lavorato al consolidamento dell'estensione degli interventi di integrazione lavorativa attuati dal SIL dell'ULSS anche a persone adulte non rientranti nelle categorie già tutelate dalla normativa vigente. Il servizio viene realizzato dall'ULSS, che già dispone di una struttura specializzata a tal fine, e i costi sono sostenuti dai comuni, tramite trasferimento all'azienda.

Nell'arco di vigenza del piano di zona la sperimentazione del progetto "Cercasi occasione" del comune di Portogruaro, che prevede la corresponsione di bonus sociali a fronte di percorsi occupazionali protetti per persone in stato di marginalità, si è esteso ad altri comuni dell'area del Veneto orientale, che attuano interventi specifici di accompagnamento e inserimento lavorativo di persone in condizione di marginalità sociale (La Scelta in tasca, Cercasi Occasione, ecc). Inoltre molti comuni hanno utilizzato le opportunità offerte dalla direzione lavoro regionale

(fondo per le persone disoccupate prive di ammortizzatori sociali) per sviluppare progetti di inserimento a favori di cittadini svantaggiati.

Nell'ambito della politica atta a favorire l'attuazione del diritto alla casa per persone in difficoltà momentanea o in situazione di disagio economico, si rileva che nel 2011 si è registrato un aumento del numero degli sfratti per morosità, anche a carico di famiglie con figli minori e con impossibilità economica a reperire altro alloggio nel mercato immobiliare. Nel contempo si è registrata la diminuzione da parte della Regione di fondi destinati al sostegno alloggi e il fondo previsto con Legge regionale n. 8/1986 ("Contributi regionali per interventi economici straordinari o eccezionali" es. interventi eccezionali per situazioni di povertà, prestiti a fondo perduto, aiuto per mutui ecc.) non è stato rinnovato.

Una particolare attenzione è stata dedicata nel corso del 2011 alle persone in uscita dal circuito penale o chiamate alla riparazione del danno. Si è sviluppata una proficua collaborazione con l'U.E.P.E., sia per comprendere al meglio le dimensioni del problema nel territorio del Veneto Orientale sia per promuovere la sottoscrizione da parte dei Comuni e delle associazioni che vi operano delle convenzioni con il Ministero della Giustizia per la riparazione sociale.

Inoltre molti comuni del territorio hanno sottoscritto con il Tribunale di Venezia le convenzioni per far eseguire i lavori di pubblica utilità alle persone condannate soprattutto per reati relativi alla guida in stato di ebbrezza.

In generale l'area è caratterizzata da una certa frammentarietà per quanto riguarda gli interventi, che non vengono gestiti in forma unitaria: si registrano quindi una serie di progetti o azioni singole, rese separatamente dai comuni, senza un piano complessivo comune (ognuno agisce in base a proprie scelte di politica locale). Tale aspetto permette comunque la sperimentazione di progettualità locali diversificate che possono costituire buone prassi per altri comuni.

Permane l'obiettivo di aumentare gli scambi informativi e la collaborazione operativa tra servizi sociali comunali ed associazioni di volontariato nello sviluppo di reti di sostegno ai singoli casi. In generale si è registrata una maggior sinergia nella gestione delle situazioni di bisogno presenti nel territorio.

In questa area si sottolinea come i comuni hanno messo a sistema i vari livelli di supporto (borse spesa, vestiario, ecc) alle persone in condizione di marginalità e un crescente miglioramento degli interventi di sussidiarietà. Gli interventi dei comuni si intersecano e si coordinano con quelli del privato sociale. Si riscontra un buon livello di sussidiarietà orizzontale, mentre la sussidiarietà verticale va peggiorando, perché legata al taglio di risorse.

Sono state inoltre garantite tutte quelle azioni di agevolazione/esenzione volte a sostenere le famiglie in condizione di povertà nel soddisfacimento dei bisogni primari con le modalità proprie di ogni Comune (pasti a domicilio, buoni-spesa, ecc.). In generale i Comuni hanno garantito il mantenimento nell'erogazione di contributi economici ad integrazione del reddito o per far fronte a progetti residenziali o domiciliari e abitativi di reinserimento sociale delle persone in condizione di marginalità. Gli interventi si configurano a volte come interventi eccezionali, che necessitano di risorse impegnative per gli enti locali.

## **B7. Area di intervento "Immigrazione": uno sguardo d'insieme**

Il contesto politico, economico e sociale attuale non favorisce una particolare attenzione nei confronti dei bisogni della popolazione immigrata: casa, lavoro, minimo vitale; problematiche del resto ben presenti anche per i cittadini autoctoni.

Come sempre, nei momenti storici di profonda crisi economica, i processi di integrazione tra culture diverse diventano più difficili e conflittuali, e i più deboli all'interno del gruppo sociale assumono le caratteristiche del capro espiatorio.

### **B7.1 I risultati e le criticità**

Nonostante le difficoltà contingenti e strutturali, sono stati garantiti comunque i servizi sociali e assistenziali erogati dagli enti locali, a seconda delle rispettive modalità e disponibilità di risorse.

E' risultato sempre più significativo il ruolo del volontariato sociale, con il quale gli enti locali e le istituzioni in genere si sono rapportati per concordare interventi in modo sinergico al fine di ottimizzare le risorse ed evitare sovrapposizioni.

Tenuto conto che l'informazione corretta sui servizi presenti nel territorio è un aiuto fondamentale per orientare gli immigrati rispetto alle loro esigenze, e al ginepraio burocratico che devono affrontare, è stato deciso di costruire una "carta dei servizi", da diffondere il più possibile, con indicazioni essenziali sui servizi indispensabili e sulle modalità di accesso.

Un altro punto di forza per favorire l'integrazione è l'attenzione ai percorsi educativi all'interno della scuola e della famiglia, considerando che ogni intervento in questo settore coinvolge in particolare le figure femminili adulte della famiglia attraverso le quali è possibile veicolare informazioni a carattere culturale, sociale e sanitario e costruire quindi preziose alleanze.

Per questo è stato potenziato il servizio educativo domiciliare per minori stranieri che continua a dare risultati positivi riscontrabili nel contesto relazionale e scolastico.

Rimangono riferimenti fondamentali lo sportello Abramo per ogni tipo di pratica burocratica ed informazioni correlate; il progetto "L'arcobaleno della cittadinanza" per gli interventi all'interno dell'istituzione scolastica e a favore delle "badanti"; e la mediazione linguistico culturale in ambito sanitario.



Altrettanto importante è la mediazione linguistico – culturale in ambito scolastico (servizio erogato dall'Amministrazione provinciale con la partecipazione economica dei Comuni); purtroppo quantitativamente insufficiente rispetto ai bisogni.

Nel lungo elenco delle ben note criticità relative a quest'area va evidenziata infine la precarietà e il rischio di devianza della fascia adolescenziale della popolazione immigrata, spesso non secolarizzata e naturalmente ai margini del sistema produttivo.

### C.1 Modalità di raccolta dei dati

Nei primi mesi del 2012 i gruppi di lavoro di area specifica sono stati convocati per valutare lo stato di realizzazione del Piano di zona 2011/2015 relativamente all'anno 2011 e per predisporre la ripianificazione degli interventi previsti nel piano stesso per il 2012. Le valutazioni emerse sono state utilizzate per predisporre sia la "Ripianificazione per l'anno 2012", sia la presente Relazione valutativa per l'anno 2011.

Le sezioni relative alle singole aree di intervento sono state poi sintetizzate da ciascun referente di gruppo di lavoro di area specifica (5 dell'USSL e 2 dei Comuni, in relazione alle aree di competenza).

Altre informazioni a completamento dei dati necessari per la valutazione complessiva sono state richieste direttamente dall'ufficio di piano agli enti esterni (Comuni, associazioni ecc.); le informazioni prodotte dall'UOC servizio economico finanziario e dall'ufficio controllo di gestione dell'azienda sono state elaborate all'interno dell'unità operativa Servizi alla persona e dall'ufficio di piano che è al suo interno.

La criticità principale che ha ostacolato i lavori per la costruzione della Relazione negli ultimi anni, legata all'esigenza di connettersi con altri uffici dell'azienda, quali il controllo di gestione e il servizio economico finanziario e che lega l'ufficio di piano ai tempi operativi degli altri, ha trovato parziale soluzione quest'anno. I dati contabili messi a disposizione da questi uffici, parziali ed aggregati, ma in tempo congruo, sono stati poi elaborati, integrati e verificati, attraverso un grande sforzo di riordino e quadratura, dagli operatori della Direzione sociale. Con l'occasione è stato avviato un percorso di riorganizzazione e mappatura dei centri di costo relativi agli interventi previsti dal Piano di zona, al fine di agevolare e facilitare sia il monitoraggio in corso d'anno, sia il processo di rendicontazione finale.

Anche quest'anno alcune azioni di miglioramento e perfezionamento della rilevazione e nell'imputazione dei costi hanno comportato, per alcuni interventi, uno scostamento dell'entità delle risorse rilevate rispetto all'anno precedente.

L'inserimento dei dati nel WEB regionale del Piano di zona è stato facilitato dal sistema di caricamento da file, attraverso l'apposita procedura implementata nel portale regionale, che permette di importare in modo automatico dati registrati in archivi informatizzati personalizzati, predisposti allo scopo dall'ufficio di piano.

Tale sistema era già stato utilizzato per importare i dati previsionali per l'anno 2012 e si è dimostrato un metodo più veloce rispetto a quello a caricamento manuale.

Molto importante è stato il contributo dei Gruppi di approfondimento per area organizzati in primavera dalla Regione; la relazione è stata redatta prendendo in considerazione e seguendo le indicazioni emerse nei gruppi sopra citati.

## C.2 Stakeholder coinvolti

Dal 2010, con l'avvio della nuova programmazione, e in riferimento alle disposizioni regionali, il sistema di rappresentanza nei gruppi di lavoro di area e nel gruppo guida è stata modificata nel modo seguente:

### AMBITO POLITICO

**ORGANO DI GOVERNO POLITICO:** Esecutivo della Conferenza Sindaci  
Direzione Generale dell'Az. ULSS (Direttore Sociale)

**GRUPPO GUIDA:** 3 Comuni Distretto S.S n. 1  
2 Comuni Distretto S.S n. 2     *Sindaci o Assessori delegati*  
3 Comuni Distretto S.S n. 3  
Direttore Sociale  
Direttore Sanitario  
3 Direttori dei Distretti S.S. n.1, 2 e 3

Definisce priorità e impiego di risorse e le sottopone all'Organo di governo politico

### AMBITO TECNICO

**GRUPPO DI COORDINAMENTO TECNICO**, formato dai Referenti di Area e dall'Ufficio di Piano, affianca il Gruppo Guida

### GRUPPI DI LAVORO DI AREA

I Gruppi di Lavoro di Area, condotti dai Referenti di Area, lavorano su due piani:

#### **A. Analisi dei bisogni.**

In questa fase, al gruppo di Area, la cui composizione è descritta nella **Scheda n. 1**, si aggiungono i Sindacati e il Tribunale del malato, secondo le Aree di interesse

**Sono previsti incontri di lavoro su temi specifici:** il Referente di Area convoca, per analisi più puntuali dei bisogni, testimoni privilegiati, ad **es.** Medici di medicina generale su specifica analisi dei bisogni, Cure primarie ...

#### **B. Proposte operative.**

Il referente di Area + i componenti dei Gruppi di lavoro di Area che mettono risorse nell'attuazione delle azioni del Piano, formulano, in base all'analisi dei bisogni, le proposte tecniche.

**Scheda n. 1: Composizione dei gruppi di lavoro di area specifica**

<b>Area</b>	<b>FAMIGLIA Infanzia, Adolescenza, Minori in condizione di disagio</b>	<b>DIPENDENZE</b>	<b>DISABILITA'</b>	<b>PERSONE ANZIANE</b>	<b>SALUTE MENTALE</b>	<b>MARGINALITÀ SOCIALE</b>	<b>IMMIGRAZIONE</b>
<b>Soggetti</b>							
	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1 Referente + 5</b>	<b>1 Referente + 3</b>
<b>COMUNI</b>	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci
<b>ULSS: Direz. Servizi Sociali</b>	<b>1 Referente</b>	<b>1 Referente</b>	<b>1 Referente</b>	<b>1 Referente</b>	<b>1 Referente</b>	- 1 Resp.SIL	- 1
<b>Distretto S.S. Unità Operative Interessate:</b>	- 2 (CF) - 2 (NPI) - 1 (CP) (su temi spec.)	SerD: - 2 Direttore - 2 Ass.Soc. - 1 (CP) (su temi spec.)	- 1 DEA - 1 Resp. SIL - 2 (NPI) - 1 (CP) (su temi spec.)	Cure Primarie: -3 Direttori/del. - Infermiere	U.O.Psich: - 2 Direttore/ del. - 2 Ass.Soc - 2 (NPI) - DCA - 1 (CP)	- 1 (CF) - 1 (CP) (su temi spec.)	- 1 (CF) - 1 (CP) (su temi spec.)
<b>Dipartim. di Prevenzione</b>	- 1 (Promozione ed Educ. alla Salute)	- 1 (Promozione ed Educ. alla Salute)				- 1 (SISP)	- 1 (SISP)
<b>III Settore: Organismi, Associazioni, Fondazioni, Cooperative soc</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4 + 2 coordinamento immigrati</b>
<b>Altri Soggetti Pubblici, Az. pubbliche e private</b>	- 2 Scuola - 1 Provincia (su temi specifici)	- 2 Scuola	- 2 Scuola - 1 Provincia (su temi specifici)	<b>4 CSR:</b> - 2 IPAB - 2 privato		- 1 Provincia (su temi spec.) - 1 Dipartim. A. Penitenz.ia (su temi spec.)	- 2 Scuola - 1 Provincia - 1 Pref (su temi spec.)
<b>Sindacati</b>	<b>Le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative individuano le aree di interesse</b>						
<b>Tribunale del malato</b>							

### **C.3 Modalità adottate per il coinvolgimento degli stakeholder**

I Gruppi di lavoro di area vengono convocati periodicamente, in relazione alle scadenze legate alla valutazione del piano, per la valutazione delle informazioni rilevate e la ripianificazione delle azioni. In riferimento a specifiche problematiche vengono attivati dei sotto gruppi più snelli, con la consegna di analizzare e approfondire alcuni temi, proporre soluzioni operative e in alcuni casi individuare le risorse.

Il tema del "tavolo permanente", come modalità operativa strutturata del gruppo di lavoro di area, rimane l'obiettivo a cui tendere, svincolato da scadenze specifiche, legato maggiormente alla creazione di strumenti di valutazione delle azioni prodotte, dei servizi erogati nonché alla condivisione dei risultati e all'approfondimento delle problematiche emergenti.

A livello organizzativo, nel gruppo di lavoro di area è stata richiesta la partecipazione di un rappresentante della Conferenza dei sindaci per area, perché faccia da tramite, nei due sensi, tra il gruppo e la conferenza stessa.