

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

Piano di Zona 2011 - 2015

**RELAZIONE VALUTATIVA ANNO 2015
(DATI ANNO 2014)**

INDICE

A. LE PRIORITA' DI INTERVENTO SEGUITE	pag. 3
B. LE AREE DI INTERVENTO	
B1. Area di intervento "ANZIANI": uno sguardo d'insieme.....	pag. 9
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. 11
B2.1 I risultati e le criticità	
B3. Area di intervento "DISABILITA": uno sguardo d'insieme	pag. 13
B3.1 I risultati e le criticità	
B4. Area di intervento "DIPENDENZE": uno sguardo d'insieme.....	pag. 16
B4.1 I risultati e le criticità	
B5. Area di intervento "SALUTE MENTALE": uno sguardo d'insieme.....	pag. 20
B5.1 I risultati e le criticità	
B6. Area di intervento "MARGINALITA' SOCIALE": uno sguardo d'insieme....	pag. 25
B6.1 I risultati e le criticità	
B7. Area di intervento "IMMIGRAZIONE": uno sguardo d'insieme.....	pag. 28
B7.1 I risultati e le criticità	
C - IL DISEGNO DI VALUTAZIONE ADOTTATO	pag. 30

A. LE PRIORITÀ DI INTERVENTO SEGUITE

Nel corso del 2014 si è continuato a perseguire le priorità individuate nel Piano di Zona 2011 – 2015, completando la realizzazione degli interventi programmati, per la gran parte già avviati nelle precedenti annualità, e tenendo conto dei correttivi e delle integrazioni apportati con le annuali ri-pianificazioni del piano stesso.

Dalla tabella che segue si evince che le risorse impiegate risultano superiori a quanto era stato previsto. Ciò tuttavia si deve al fatto che, nel costante tentativo di migliorare la mappatura delle risorse presenti del territorio, sono stati rendicontati costi non presenti in fase revisionale, forniti dai soggetti gestori delle strutture residenziali per anziani e per minori. Per quanto riguarda infatti le altre tipologie di intervento non si evidenziano scostamenti significativi tra il dato di previsione e di rendiconto, a significare che il particolare momento economico ha indotto a perseguire principalmente politiche di cautela e mantenimento.

TABELLA 1: Risorse per area e tipologia di intervento nell'anno 2014. Confronto dati di previsione e dati di rendiconto

aree di intervento ↓	tipologia di intervento →	Interventi di accesso, consulenza e presa in carico	Interventi domiciliari e territoriali	Interventi semi-residenziali	Interventi residenziali	Sostegno economico	Interventi di socializzazione, prevenzione e informazione	TOTALE RISORSE PER AREA DI INTERVENTO
Famiglia, infanzia, adol., minori ..., giovani	previsione	4.887.408	333.126	3.800.299	1.360	3.626.136	531.747	13.180.076
	rendiconto	4.350.234	351.016	3.158.590	2.547.458	3.160.549	472.475	14.040.322
Persone anziane (>64 anni)	previsione	561.080	3.107.807	74.000	14.934.256	6.284.951	626.593	25.588.687
	rendiconto	592.554	2.967.048	223.037	27.415.090	5.942.473	450.406	37.590.608
Disabilità	previsione	565.886	2.498.713	4.483.767	1.087.747	4.092.201	24.900	12.753.214
	rendiconto	656.445	2.690.113	4.429.660	945.779	4.510.791	20.712	13.253.500
Dipendenze	previsione	2.028.954	41.392			918.415	117.277	3.106.038
	rendiconto	1.876.969	19.734	6.582		830.098	112.891	2.846.274
Salute mentale	previsione	7.231.807	74.494	136.300	3.663.519	462.528	73.494	11.642.142
	rendiconto	6.652.616	117.842	140.734	3.387.705	344.417	50.382	10.693.696
Immigrazione	previsione	274.125	124.282			294.898	203.472	896.777
	rendiconto	260.381	110.363			424.197	45.793	840.734
Marginalità sociale	previsione	415.055	96.540			939.250	1.500	1.452.345
	rendiconto	686.690	97.064			711.660	0	1.495.414
Interventi trasversali	previsione	439.168	2.112.974				1.290.958	3.843.100
	rendiconto	445.298	3.280.212				1.093.504	4.819.014
TOTALE RISORSE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO	previsione	16.403.483	8.389.328	8.494.366	19.686.882	16.618.379	2.869.941	72.462.379
	rendiconto	15.521.187	9.633.392	7.958.603	34.296.032	15.924.185	2.246.163	85.579.562

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, il 2014 è stato caratterizzato dall'impegno di sviluppare una più elevata omogeneità in tutto il territorio dell'ULSS dell'operatività assicurata dai servizi, già avviata nelle precedenti annualità, attraverso la riorganizzazione funzionale di alcuni di essi e tenuto conto del nuovo assetto aziendale delineato nel nuovo Atto aziendale (delibera del direttore generale n. 247 del 24.03.2014) che prevede l'istituzione di un distretto socio sanitario unico.

Per rendere più integrata la rete dei servizi socio sanitari, è proseguito il percorso che prevede l'informatizzazione delle procedure e la messa in rete dei servizi socio sanitari e sociali dei comuni.

Nell'arco del 2014 si è sviluppato un modello territoriale attraverso la previsione, e per alcune strutture l'attivazione, delle seguenti unità:

- Centrale Operativa Territoriale e Sportello unico integrato
- Strutture di ricovero intermedio:
 - Ospedale di comunità
 - Hospice
 - URT
- Cure primarie:
 - Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)
 - Medicine di gruppo integrate (MdGI)
 - Adjusted Clinical Groups (ACG)
- Avvio sistema informativo territoriale (SIT)
- Promozione della salute: Attività Fisica Adattata (AFA)
- Sviluppo politiche socio-sanitarie
 - Modello Impegnative Cure Domiciliari (ICD) – non autosufficienza
 - Progetto sollievo

Tale riorganizzazione troverà nuove modalità di governo del territorio attraverso la piena attuazione del distretto unico socio-sanitario.

Il punto di forza della programmazione locale sta nel metodo di sviluppo ormai consolidato nelle diverse aree di intervento: coordinamento, collaborazione trasversale, elaborazione degli interventi programmati, razionalizzazione dei costi, strumenti di verifica e controllo. Ciò ha consentito di mantenere gli obiettivi fissati nel Piano di Zona 2011 – 2015, nonostante i vincoli di spesa.

In linea generale è stata favorita e potenziata 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, evitare sovrapposizioni e incentivare e sostenere le reti comunitarie (famiglia, associazioni ecc.) nella promozione del benessere generale e della civile convivenza.

In continuità con le annualità precedenti 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 2014.

L'entità della spesa sostenuta nel triennio 2011 - 2014 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 2011 - 2014.

aree di intervento ↓	tipologia di intervento →	Accesso, Consulenza e presa in carico	Interventi domiciliari e territoriali	Interventi semi-residenziali	Interventi residenziali	Sostegno economico	Interventi di socializzazione, prevenzione e informazione	TOTALE RISORSE PER AREA DI INTERVENTO
Famiglia, infanzia, adol., minori ..., giovani	2011	4.631.748	368.972	2.054.731	16.960	2.713.940	589.008	10.375.359
	2012	4.832.272	350.520	3.817.444	1.361	3.323.572	485.374	12.810.543
	2013	4.702.093	294.157	3.020.647	503	3.382.193	491.374	11.890.967
	2014	4.350.234	351.016	3.158.590	2.547.458	3.160.549	472.475	14.040.322
Persone anziane (>64 anni)	2011	521.140	2.662.170	40.971	13.611.858	5.085.969	389.522	22.311.630
	2012	646.688	3.343.684	65.096	14.734.777	6.304.566	533.702	25.628.513
	2013	590.108	2.496.797	193.755	22.004.907	6.125.655	467.212	31.878.434
	2014	592.554	2.967.048	223.037	27.415.090	5.942.473	450.406	37.590.608
Disabilità	2011	698.709	2.497.438	5.021.137	922.457	3.243.613	40.468	12.423.822
	2012	559.138	2.521.461	4.572.999	1.072.894	3.921.134	22.632	12.670.258
	2013	529.028	2.724.061	5.222.744	1.097.227	4.212.667	19.999	13.805.726
	2014	656.445	2.690.113	4.429.660	945.779	4.510.791	20.712	13.253.500
Dipendenze	2011	2.097.249	23.451			1.001.918	85.200	3.207.818
	2012	2.028.510	20.471	10.000		871.541	126.977	3.057.499
	2013	2.115.846	17.281			845.303	86.919	3.065.349
	2014	1.876.969	19.734	6.582		830.098	112.891	2.846.274
Salute mentale	2011	7.267.032		331.216	3.648.314	348.063	63.500	11.658.125
	2012	7.216.584	62.587	186.113	3.812.169	393.400	73.494	11.744.347
	2013	7.056.495	88.465	179.900	3.607.542	486.027	63.500	11.481.929
	2014	6.652.616	117.842	140.734	3.387.705	344.417	50.382	10.693.696
Immigrazione	2011	187.276	88.259			244.560	146.818	666.913
	2012	319.493	171.538			334.060	295.770	1.120.861
	2013	225.624	121.943			358.879	41.556	748.002
	2014	260.381	110.363			424.197	45.793	840.734
Marginalità sociale	2011	267.251	102.447			522.537		892.235
	2012	402.727	95.321			877.971		1.376.019
	2013	433.864	86.342			564.803	1.500	1.086.509
	2014	686.690	97.064			711.660	0	1.495.414
Interventi trasversali	2011	422.553	2.174.554				1.023.204	3.620.311
	2012	427.504	2.112.974				1.304.449	3.844.927
	2013	460.938	3.210.509				1.434.755	5.106.202
	2014	445.298	3.280.212				1.093.504	4.819.014
TOTALE RISORSE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO	2011	16.092.958	7.917.291	7.448.055	18.199.589	13.160.600	2.337.720	65.156.213
	2012	16.432.916	8.678.556	8.651.652	19.621.201	16.026.244	2.842.398	72.252.967
	2013	16.113.996	9.039.555	8.617.046	26.710.179	15.975.527	2.606.815	79.063.118
	2014	15.521.187	9.633.392	7.958.603	34.296.032	15.924.185	2.246.163	85.579.562

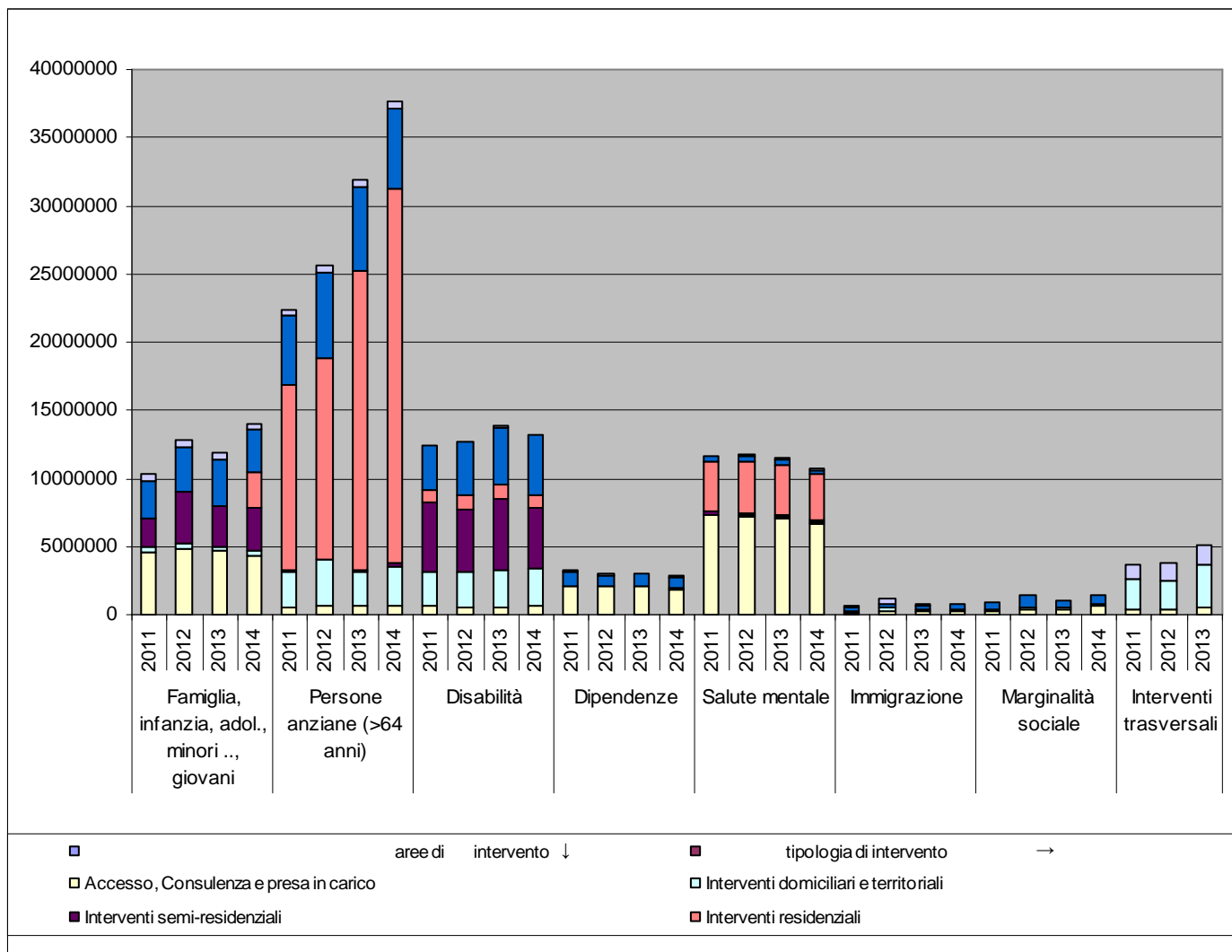
Si segnala innanzitutto che il quadro economico complessivo dell'offerta relativo alla prima annualità (2011) risulta sottostimato in quanto mancano le risorse messe a disposizione da tre comuni del territorio. Il quadro economico inoltre include solo parzialmente le risorse presenti e messe in campo in modo autonomo dal Terzo settore e dai privati. Nel corso degli anni, tuttavia, si è proceduto a migliorare la rendicontazione dei costi relativi agli interventi semi-residenziali e residenziali gestiti prevalentemente da soggetti privati. Grazie alla particolare collaborazione dei Centri servizi residenziali per anziani che hanno fornito costi precedentemente non rilevati, si dispone di dati quasi completi relativi alla residenzialità per anziani, determinando conseguentemente un incremento complessivo delle risorse dedicate a questa area. Rimane tuttavia ancora un discreto margine di miglioramento nella rilevazione delle risorse relative alle altre aree e alle altre tipologie di intervento

Come si può vedere dalla tabella e dal relativo grafico (Fig. 1), nel 2014 è stato registrato un incremento generale delle risorse impiegate (da circa 65 milioni di euro nel 2011 a 85 milioni nel 2014) dovuto, per i motivi sopra descritti, all'incremento dei costi relativi agli interventi residenziali (da 18 a 34 milioni di euro circa) che continuano comunque a mantenere complessivamente il peso maggiore in termini di risorse assorbite (il 43,9 % sul totale delle risorse rilevate). Altre tipologie di intervento il cui incremento risulta comunque significativo sono quella relativa agli interventi domiciliari e territoriali (da 7,9 a 9,6 milioni di euro circa), a testimonianza della priorità data alle politiche di sostegno alla domiciliarità e al mantenimento delle persone nel proprio ambiente di vita, e quella relativa al sostegno economico (da 13,2 a 15,9 milioni di euro circa), dovuto al crescente numero di persone in difficoltà economica e sociale che chiedono sostegno ai servizi sociali, nonostante il periodo non facile anche per gli enti locali.

Si segnala infine una lieve contrazione delle risorse dedicate agli interventi di accesso, consulenza e presa in carico (da 16,1 ne 2011 a 15,5 milioni di euro circa nel 2014) dovuta alla generale contrazione del personale della pubblica amministrazione a causa del blocco del turnover dei dipendenti pubblici.

Per quanto riguarda le altre tipologie di intervento le risorse messe in campo, nonostante il difficile e prolungato periodo di crisi economica, risultano mantenute su valori pressoché costanti.

Fig.1: Risorse impiegate ripartite per area e tipologia di intervento. Triennio 2011 - 2014



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 2011 – 2014 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 – Percentuale costi sostenuti per l'area in rapporto al totale di tutti gli interventi previsti per il Piano

	2011	2012	2013	2014
anziani	34,24%	35,47 %	40,32 %	43,92%
famiglia	15,92%	17,73 %	15,04 %	16,41%
disabili	19,07%	17,54 %	17,46 %	15,49%
dipendenze	4,92%	4,23 %	3,88 %	3,33%
salute mentale	17,89%	16,26 %	14,52 %	12,50%
marginalità sociale	1,37%	1,90 %	1,37 %	1,75%
immigrazione	1,02%	1,55 %	0,95 %	0,98%
Interventi trasversali	5,56%	5,32 %	6,46 %	5,62%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

B. LE AREE DI INTERVENTO

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

Nel 2014 è stata data continuità a tutte le politiche avviate nei precedenti anni in attuazione del Piano di Zona, perseguendo azioni volte a facilitare l'accesso alla rete dei servizi, in particolare a quelli residenziali extraospedalieri per persone anziane non autosufficienti, nonché a favorire un maggior collegamento tra ospedale e territorio e tra i servizi dell'Azienda ULSS e i Centri Servizi Residenziali.

E', inoltre, 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 e una sempre maggiore apertura al territorio, sviluppando strategie volte a integrare i bisogni espressi dal territorio con i servizi offerti dai Centri. In questo modo il Centro Servizi non è più solo una struttura ricettiva per l'accoglienza dell'anziano, ma diventa una risorsa del territorio in grado di dare risposte globali ai bisogni delle persone in una visione di integrazione con i servizi sociali e sociosanitari.

Si sono promossi processi di sussidiarietà promuovendo azioni dal basso e di mutuo aiuto finalizzati ad offrire assistenza e supporto alle famiglie anche al fine di ridurre e/o ritardare i processi di istituzionalizzazione dell'anziano.

B1.1 I risultati e le criticità

Nel 2014 lo Sportello Integrato, con sedi nei due distretti soci sanitari dell'Azienda, ha continuato a rendere più efficace il percorso dedicato alle dimissioni ospedaliere protette, sia verso i centri servizi residenziali che verso il territorio, riducendo l'inappropriatezza di alcuni ricoveri ospedalieri e definendo un percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Nel corso del 2014 è stata data piena applicazione alla procedura per l'acquisto delle prestazioni in Hospice, predisposta nell'ambito del percorso regionale per lo sviluppo di un sistema di controllo interno di cui alla DDG n. 989 del 30.12.2013, finalizzata a rendere misurabile la qualità dei processi per l'erogazione dei servizi. Tale procedura ha consentito, attraverso la nomina di un responsabile aziendale, di monitorare la gestione del paziente secondo i protocolli nazionali ed internazionali, sia per gli aspetti assistenziali che farmacologici, previsti per l'Hospice anche nell'ottica di favorire un maggiore ed più appropriato utilizzo dei posti letto. Inoltre la procedura consente all'azienda ULSS, grazie alla collaborazione tra la Direzione Sociale e della Funzione Territoriale e la Dirigenza Medica Ospedaliera, di accertare

eventuali ricoveri ospedalieri degli utenti dell'Hospice e, quindi, di accertare l'esattezza del numero di giornate di ricovero in Hospice dichiarate dai centri servizi residenziali all'atto della fatturazione, evitando così il rischio di pagamento indebito di prestazioni.

Per quanto riguarda la politica di sostegno alla domiciliarità delle persone anziane si evidenzia che:

- con riferimento alla rete dei servizi semi-residenziali il Centro servizi residenziali Monumento ai Caduti in Guerra di San Donà di Piave ha presentato la domanda di autorizzazione all'esercizio del proprio centro diurno per anziani non autosufficienti di 10 posti e il Centro servizi residenziali I Tigli di Meolo ha ottenuto l'autorizzazione all'esercizio per l'attivazione del centro diurno per anziani non autosufficienti di 15 posti. Entrambi i centri diurni sono stati previsti nella programmazione del Piano di Zona, al fine di colmare la carenza di questo servizio nell'area sandonatese;
- *centri sollievo Alzheimer* : in attuazione della DGRV n. 1873/13 , nel corso del 2014 sono stati attivati 3 centri sollievo rivolti a persone affette da demenza e le loro famiglie nei comuni di San Donà di Piave, Musile di Piave e Portogruaro. I centri sollievo sono gestiti da associazioni di volontariato con il supporto tecnico degli operatori dell'azienda ULSS. I centri sono stati attivati nei mesi di febbraio e marzo 2014 e hanno accolto complessivamente circa 15 persone con demenza;
- ICD (Impegnativa di Cura Domiciliare): con l'introduzione dell'ICD la Regione del Veneto ha finanziato le linee di intervento del Fondo Non Autosufficienza denominate "Assegno di Cura", "Domiciliarità anziani" e "Domiciliarità disabili". Nel corso del 2014 sono state liquidate complessivamente n. 1819 ICD, di cui n. 11 ICDA, n. 1325 ICDB, n. 52 ICDF, n. 325 ICDM e n. 116 ICDP.

Per quanto riguarda gli interventi residenziali si evidenzia che tutti i Centri Servizi Residenziali convenzionati con l'azienda ULSS 10 hanno ottenuto l'accreditamento istituzionale.

Nel 2014 è proseguito il lavoro del coordinamento dei direttori dei Centri servizi residenziali, al quale partecipa la direzione dell'Azienda ULSS e le unità operative aziendali interessate, con il compito migliorare la qualità dei servizi offerti agli ospiti dei centri stessi. In particolare è stata affrontata la criticità dell'inserimento nei centri servizi residenziali di persone affette da microrganismi resistenti agli antibiotici dimessi dall'ospedale, allo scopo di prevenire e controllare il contagio agli altri ospiti ed familiari. Per tale criticità si è avviato un gruppo di lavoro per la definizione di linee guida da applicare in tutti centri servizi residenziali.

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

Permangono gli effetti della crisi economica aventi ripercussioni sulla stabilità delle famiglie del nostro territorio e una generale crescita di forme di disagio e di utenza che si rivolge ai servizi con problematiche sociosanitarie e sociali complesse. Grazie ad uno sforzo comune dell'azienda ULSS e dei servizi sociali comunali, sono stati mantenuti gli 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. Gli interventi di promozione della famiglia e dei servizi dedicati, il sostegno alla genitorialità e la protezione e la tutela dei minori nel 2014 sono stati sostenuti anche grazie ad un finanziamento regionale relativo alla prosecuzione del "piano di riorganizzazione dei consultori familiari per potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie".

B2.1 I risultati e le criticità

L'anno 2014 ha rappresentato l'inizio dell'unificazione delle due unità operative di Consultorio Familiare di Portogruaro e di San Donà di Piave. La criticità che più appesantisce l'operatività del Consultorio è tuttavia la carenza di almeno uno psicologo.

Nel 2014 è stata potenziata l'attività di sostegno alla mamma e al bambino nei primi anni di vita ("Percorso Nascita") e in particolare il sostegno alle mamme relativamente all'allattamento al seno. In particolare il Consultorio ha aderito alla settimana mondiale dell'allattamento indetta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e sono stati organizzati interventi in tre Comuni del territorio che hanno riscosso un notevole gradimento tra le mamme.

L'attività di prevenzione in ambito scolastico, rispetto all'educazione sessuale e all'affettività, è stata svolta in modo capillare e in sinergia con altri interventi di altri servizi, in particolare il Ser.D., garantendo interventi in tutte le scuole del territorio.

Per quanto riguarda la politica di potenziamento della rete dei servizi educativi semi-residenziali e residenziali, si continua ad evidenziare anche nel 2014 la carenza di centri diurni per minori/adolescenti nell'area portogruarese e nella zona del litorale, nonché la mancanza di soluzioni per affrontare le situazioni dei maggiorenni dimessi dalle comunità residenziali e per i quali non è ipotizzabile un rientro in famiglia.

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 semiresidenziali che residenziali. Permane invece quale criticità principale la

manca, 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 2014 è proseguita la realizzazione delle politiche previste nel piano di zona 2011 - 2015 per l'area disabilità, orientate a consentire alle persone con disabilità il diritto di vivere nella propria famiglia e nel normale ambiente di vita (domiciliarità), a sostenere le famiglie nell'attività di cura e di assistenza, ad assicurare il diritto all'istruzione e all'educazione e a garantire risposte semiresidenziali.

B3.1 I risultati e le criticità

Nell'ambito della rete dei centri diurni per disabili del territorio, costituita dal centro diurno di San Donà di Piave in gestione diretta, dai 3 centri diurni di Annone Veneto, Caorle e Gruaro con affidamento in appalto e dai 10 centri diurni convenzionati, si è registrata la frequenza complessiva di n. 303 persone disabili, con n. 18 nuovi inserimenti a fronte di corrispondenti uscite; resta tuttavia il limite delle risorse economiche che non permette di dare ulteriori autorizzazioni rispetto alla richiesta esistente (numero medio di utenti in lista d'attesa: 20).

Nel 2014 si è accreditato il nuovo centro diurno per disabili "La Quercia" a Jesolo, gestito dall'Associazione AGAHa di Jesolo, già convenzionata con l'Ulss 10 per il centro diurno "Il Girotondo" di Jesolo, mentre la Cooperativa sociale Alba di Annone Veneto, ugualmente convenzionata con l'Ulss 10, ha presentato domanda di trasferimento da Portogruaro a Gai di Annone Veneto della sede del proprio centro diurno, con un aumento da 10 ad 11 dei posti disponibili, la domanda è stata presentata alla Conferenza dei sindaci che l'ha accolta.

A seguito dell'interesse comune espresso da centri diurni per disabili e dagli operatori dei Servizi competenti in materia di disabilità (Disabilità in età adulta e Neuropsicopatologia dello sviluppo), ci si è proposti di costituire un gruppo specifico con rappresentanti dei rispettivi settori per incontri che potranno avere ad oggetto gli aggiornamenti normativi, i problemi operativi, lo scambio di informazioni a supporto di atti programmatici, ecc.

Agli ospiti dei centri diurni che la scelgono, continua ad essere garantita gratuitamente l'attività natatoria da svolgere presso le piscine di riferimento territoriale, con l'aggiunta nel 2014, alle convenzionate Associazioni "Centro nuoto" di Portogruaro e "Piave Nuoto" di San Donà di Piave, della struttura "Parco Livenza" di Santo Stino di Livenza per il periodo settembre 2014 - agosto 2015.

Sono regolarmente state attuate le iniziative previste dal Piano di Zona a favore delle persone autistiche e per le Unità Funzionali Complesse esistenti nei plessi scolastici del territorio Ulss 10; non è purtroppo giunta a compimento nel 2014 la procedura avviata per l'affidamento di un ulteriore servizio a favore di minori autistici, finanziata con € 50.000,00 dalla Regione Veneto, ma si ritiene che l'attività potrà iniziare nel 2015.

Sono state sostanzialmente confermate rispetto all'anno precedente le risorse disponibili per lo svolgimento dei servizi di assistenza domiciliare, di assistenza scolastica, la realizzazione di attività presso i centri estivi e per assicurare la continuazione di supporti educativi a favore di utenti disabili frequentanti i Centri di Formazione Professionale.

Gli incontri di programmazione del servizio di assistenza scolastica 2014-2015 con i vari membri del GLIPT, avvenuti a settembre e dicembre 2014, hanno fatto emergere l'interesse a considerare la possibilità di una diversa offerta organizzativa in alcuni ambiti scolastici, con il proposito di studiare, tra rappresentanti dell'Istituto L. da Vinci di Portogruaro e del Servizio di Neuropsicopatologia dello sviluppo Ulss 10, un primo modello concretamente sperimentabile in una situazione scolastica specifica.

Tra le varie iniziative nell'ambito della disabilità si è proseguito anche nel 2014 nel raccogliere e finanziare le proposte di Associazioni ed Enti che promuovono attività attinenti al progetto "Tempo libero per minori e giovani disabili", predisposto dall'Ulss 10, provvedendo, a seguito delle osservazioni fatte dai partecipanti nei precedenti anni, ad una ricalibrazione formulata in accordo con rappresentanti degli enti coinvolti, in modo da sostenere maggiormente il forte impegno economico di alcune strutture, senza penalizzare le realtà associative minori.

Anche il 2014 ha costituito per molti aspetti una fase di transizione nell'applicazione del nuovo sistema di Impegnativa di Cura Domiciliare istituito con la DGRV n. 1338 del 30.07.2013.

Si ricorda al riguardo che con deliberazione del direttore generale n. 472 del 6 giugno 2014 l'Ulss 10 ha adottato il "Regolamento per la predisposizione ed il finanziamento di interventi di aiuto personale/promozione dell'autonomia per utenti con grave disabilità psichica e intellettiva", che ha disciplinato, in assenza di piena attuazione della disciplina normativa regionale, le procedure per l'erogazione del finanziamento ICDp (per utenti con disabilità psichica ed intellettiva) attraverso contributi economici destinati alla realizzazione di progetti individuali di aiuto e autonomia personale. Gli utenti destinatari di contributi ICDp nel 2014 sono stati n. 116, per un importo annuo complessivo di € 233.267,00.

Il nuovo sistema delle ICD ha assorbito anche i finanziamenti previsti nel Fondo per la Non Autosufficienza per i Progetti di Vita Indipendente che ora rientrano nella linea di

finanziamento delle ICDf (per utenti con grave disabilità fisico-motoria). Nel corso del 2014 hanno beneficiato dei contributi delle ICDf 51 persone e il valore medio del contributo assegnato mensilmente a ciascun beneficiario è di circa 519 euro.

Per quanto riguarda la residenzialità si evidenzia che l'assegnazione regionale delle quote sanitarie continua ad essere insufficiente a coprire tutti i posti letto accreditati presso le comunità alloggio per disabili. Nel corso del 2014 si è allungata ulteriormente la lista d'attesa delle persone che hanno presentato richiesta di inserimento (4 nel 2012, 8 nel 2013 e 13 nel 2014).

Le Comunità alloggio del territorio, per favorire il miglioramento continuo della qualità dei servizi, hanno concluso tutte il percorso per ottenere l'accreditamento istituzionale.

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

Nel corso del 2014 sono stati attuati interventi e progetti in continuità con il lavoro svolto negli anni precedenti, perseguendo le politiche previste dal piano di zona 2011-2015. I servizi per le dipendenze dell'azienda ULSS, in un progressivo lavoro di avvicinamento e collaborazione tra le due realtà, hanno continuato a garantire le attività di prevenzione dalle sostanze legali ed illegali nei vari contesti di socializzazione dei giovani e degli adolescenti e nel mondo della scuola, le attività di cura delle dipendenze patologiche, tra cui quelle relative al problema emergente del gioco d'azzardo e quelle relative a situazioni di pazienti con doppia diagnosi, seguiti in sinergia con il Centro di salute mentale in base a quanto previsto dal protocollo tra i due dipartimenti, e le attività volte alla riabilitazione, che comprendono il lavoro per favorire gli inserimenti lavorativi, il protocollo operativo con i Comuni del territorio, la questione dell'abitare sociale, connessa agli inserimenti impropri in comunità e alla richiesta di un appartamento protetto.

I servizi per le dipendenze di San Donà di Piave e di Portogruaro sono stati impegnati in una serie di attività di formazione congiunta (autoformazione e supervisione) per favorire il confronto e l'adozione progressiva di modalità di lavoro condivise da parte delle due equipe, pur mantenendo le due sedi territoriali per favorire l'accesso dell'utenza da tutto il territorio dell'Ulss 10. Si evidenzia tuttavia la necessità di individuare una nuova collocazione per il Servizio Dipendenze di Portogruaro unitamente alla criticità riguardante la carenza di personale medico, dovuta a trasferimenti e maternità non sostituiti, che rende difficile la gestione dell'attività di cura.

B4.1 I risultati e le criticità

Per quanto riguarda le politiche di prevenzione, in linea con gli anni precedenti, sono stati effettuati interventi nei diversi ambiti di riferimento sia degli adolescenti e dei giovani, sia degli adulti, utilizzando una modalità di intervento di tipo selettivo attraverso progetti svolti nei luoghi di socializzazione e di aggregazione spontanea, ma anche interventi rivolti alla popolazione più generale. In ambito scolastico, la prevenzione è stata rivolta a tutti gli istituti scolastici del territorio richiedenti, con progetti che tendono a stimolare la riflessione degli studenti relativamente alle performance richieste dalla società attuale, spesso indirizzate al consumo di alcol e sostanze; i progetti, svolti anche in collaborazione con altri servizi dell'Ulss, offrono occasioni di sensibilizzazione ed educazione alla tolleranza nei confronti della diversità. Permangono le difficoltà nel portare avanti i progetti a causa della mancanza dei finanziamenti

regionali (ex D.P.R. 309/90) che avevano permesso in anni precedenti lo svolgimento di questi interventi anche avvalendosi di consulenti esterni all'azienda.

Sono stati effettuati anche interventi rivolti agli adulti, genitori ed altre figure educative, per stimolarli a riappropriarsi del proprio ruolo educativo, che spesso viene delegato. Sono inoltre state utilizzate modalità di collaborazione con altre agenzie del territorio, come le Forze dell'Ordine, le Associazioni di Volontariato, le Amministrazioni Comunali, modalità innovativa che garantisce apertura al territorio, interesse e coinvolgimento attivo da parte degli studenti.

Nelle scuole secondarie di secondo grado sono attivi i CIC, che consentono di intercettare precocemente le situazioni di disagio giovanile. Nelle scuole secondarie di primo grado sono attivi gli Spazi di Ascolto che rispondono alle stesse finalità dei CIC. La presenza costante degli operatori all'interno della scuola favorisce la richiesta di intervento, visibilmente in aumento negli ultimi anni.

La richiesta di Spazi di Ascolto nelle scuole di primo grado ha trovato un'applicazione parziale, sempre per il venir meno delle risorse ex D.P.R. 309/90, anche se grazie al contributo di azienda Ulss e Comuni è stato possibile attivare spazi ascolto in alcuni istituti comprensivi e dare continuità ai progetti per i genitori, sui quali tutti i tavoli di lavoro hanno ritenuto di insistere, ed anche ai progetti svolti a scuola. Si auspica venga aumentata o, se possibile, aumentata la quota di questo contributo per garantire il livello attuale della progettazione nella prevenzione, poiché alla mancanza del finanziamento derivante dalla legge 309/90 si aggiunge la sofferenza di organico del Ser.D. e questi due fattori insieme mettono a rischio la possibilità di mantenere l'attuale assetto della prevenzione a scuola.

Per quanto riguarda la cura delle dipendenze, nel corso del 2014 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 segnala il costante aumento delle richieste di presa in carico di persone con Gioco d'Azzardo Patologico. Aumenta la richiesta di intervento in questo specifico campo anche sul versante della prevenzione, in genere proposto da alcune Amministrazioni Comunali, sempre più sensibili perché a contatto diretto con la problematica dell'indebitamento della popolazione: in particolare sono state effettuate alcune serate di sensibilizzazione al problema rivolte sia alla popolazione generale sia alla formazione degli operatori di base.

L'aumento della complessità delle situazioni di vita di alcuni utenti seguiti da anni dai servizi, che sviluppano nel tempo problematiche inerenti la sfera lavorativa, abitativa,

relazionale hanno suggerito un orientamento teso a costruire modalità operative condivise tra operatori del Dipartimento per le Dipendenze e dei Servizi Sociali di Base dei Comuni, cercando di sviluppare percorsi nuovi nelle situazioni che presentano problemi complessi. In tal senso è stato redatto il protocollo operativo tra Azienda ULSS 10 e Comuni del territorio e le nuove modalità organizzative "come servizi in rete" vengono già applicate per la gran parte dei casi, secondo l'adozione di buone prassi tra gli operatori coinvolti. Tale protocollo operativo è attualmente in fase di adozione da parte dell'Amministrazione dell'Azienda ULSS 10.

Dalle problematiche che i cittadini portano ai servizi emerge già da anni la questione della difficoltà a raggiungere e mantenere un'autonomia abitativa e ciò ha portato ad inserire tra gli interventi da realizzare nel Piano di Zona l'istituzione di appartamenti protetti. La concretizzazione di questo intervento trova tuttavia ostacoli sia nei costi, sia nell'organizzazione, date le scarse risorse economiche e di personale attualmente a disposizione. Le soluzioni finora attuate consistono in esperienze di coabitazione, realizzate con il monitoraggio dei vari servizi coinvolti. Per istituire gli appartamenti protetti si attende che la Regione definisca, come previsto, le nuove modalità di utilizzo delle rette per la residenzialità protetta, processo che permetterebbe concretamente di realizzare e gestire uno o più appartamenti protetti in collaborazione con il privato sociale.

Nell'anno 2014 è stata concordata e avviata la realizzazione di un progetto sperimentale definito "Residenzialità leggera", utilizzando le risorse già destinate all'appartamento protetto. Questo progetto ha visto la costituzione di un nucleo multi-professionale di operatori per la costruzione di percorsi riabilitativi individualizzati focalizzati sulle abilità necessarie all'abitare. Destinatari sono persone che hanno già o potrebbero avere una collocazione abitativa, in ambito pubblico o privato, ma non hanno le competenze per gestirla in autonomia. Questo progetto vuole fornire soluzioni alternative o steps successivi alla comunità residenziale, ma può anche essere un precursore dell'appartamento protetto vero e proprio per il quale serviranno eventualmente maggiori risorse. La realizzazione delle attività progettuali è stata affidata ad un soggetto privato che ha messo a disposizione due educatori professionali (uno per sede Ser.D.) per gli interventi domiciliari.

Nell'ottica di offrire maggiori risorse a tutto il territorio dell'Azienda Ulss 10, i Ser.D. di San Donà e Portogruaro, attraverso il percorso di integrazione delle due équipes, hanno avviato l'utilizzo del Centro Diurno dell'Associazione Dicembre '79, sito nella località di Grassaga, per l'attività riabilitativa in strutture semiresidenziali diurne e l'utilizzo di laboratori protetti adottando, anche in accordo con le amministrazioni locali, le modalità più favorevoli alla mobilità delle persone inserite. Questa rimane al momento la soluzione più sostenibile in termini

economici ma, qualora si ritenesse necessario, sarà vagliata un'eventuale ricollocazione territoriale del Centro Diurno in una zona più baricentrica ed accessibile con i mezzi pubblici.

Viene ribadita comunque la prospettiva di poter usufruire, nel territorio di Portogruaro, dei laboratori protetti gestiti dalla Coop. APE, che presenterà una nuova proposta organizzativa.

Infine, è stata data anche nel 2014 continuità alla collaborazione con le associazioni di volontariato (ACAT portogruarese e sandonatese) e di auto-mutuo-aiuto dei pazienti e dei familiari (Alcolisti Anonimi di Musile di Piave).

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

Nel corso del 2014 è stata data continuazione alla realizzazione di tutte le iniziative previste nel Piano di zona 2011-2015 già avviate negli anni precedenti.

Le principali politiche attuate nel 2014 sono state: la realizzazione degli obiettivi di budget aziendale, l'accreditamento istituzionale, il continuo processo di organizzazione delle attività terapeutico assistenziali sia in ambito ospedaliero che territoriale, il proseguimento del Piano di formazione del DSM in linea con le aree di sviluppo formative individuate, il mantenimento della collaborazione con gli altri servizi dell'ULSS, con le Associazioni dei Familiari e con il Privato Sociale.

Anche nel corso dell'anno 2014, il Dipartimento per la Salute Mentale dell'ULSS 10 ha cercato di mantenere costante la qualità dei propri servizi, anche se le vigenti politiche economiche volte al contenimento della spesa hanno determinato la riorganizzazione nella programmazione degli interventi. Nel corso dell'anno, a causa delle limitate risorse disponibili, si è operato verso una maggiore razionalizzazione dei processi assistenziali.

I piani operativi tracciati nella programmazione quinquennale hanno pertanto avuto riscontro nelle iniziative di mantenimento e razionalizzazione attivate nel 2014.

Le priorità, le strategie di indirizzo e gli obiettivi dell'Area Salute Mentale sono identificate in quattro aree di intervento e cioè:

- la necessità di creare una diversa cultura nei confronti della malattia mentale;
- il bisogno di centrare i servizi sui bisogni della persona e non sulla logistica delle strutture;
- il funzionamento coordinato della rete delle strutture;
- un'attenzione particolare alla trasversalità degli interventi ed alle cosiddette "patologie emergenti".

L'elemento principale che ha caratterizzato 2014 è stato il perdurare della crisi economica, con il conseguente aggravamento delle condizioni socio-economiche delle famiglie, che si traduce in una crescente fetta di popolazione in situazione di difficoltà psicologica o che comunque si sta avvicinando a questa soglia. Ciò si è tradotto in progressiva espressione di disagio psichico ed espulsione dal sistema di impiego e perdita della rete di supporto in prevalenza sulle classi deboli come giovani ed anziani.

Rispetto ai bisogni già consolidati, le priorità di intervento riguardano soprattutto i percorsi di inserimento lavorativo e la diagnosi precoce: L'inserimento lavorativo delle persone con diagnosi psichiatrica è condizionato negativamente dalla scarsità dell'offerta lavorativa acuita in questo periodo di crisi economica, e pertanto vi è bisogno di percorsi di inserimento

privilegiati e accordi tra i soggetti come CSM, SIL, Centri per l'impiego, privato sociale, agenzie di valutazione e riconoscimento dell'idoneità lavorativa.

Bisogni emergenti, con sempre maggiore priorità di intervento, riguardano i disturbi del comportamento, la comorbidità con disturbi di personalità e con disturbi da uso di sostanze, gli interventi precoci nell'area delle psicosi.

Molto importante è l'integrazione con il Servizio di Neuropsicopatologia nell'area della diagnosi precoce in corso dell'adolescenza, sia per consentire una miglior integrazione tra presa in carico del minore e presa in carico dell'adulto, sia per favorire risposte efficaci in particolar modo per quanto riguarda il ricovero per emergenze psicopatologiche e comportamentali.

Le principali fonti di finanziamento per le attività svolte nelle aree della salute mentale sono derivate dal bilancio sanitario dell'Azienda, sommato ad alcune linee di finanziamento appartenenti al bilancio sociale, ma sostanzialmente le fonti di finanziamento delle politiche attuate derivano dall'assegnazione di budget dell'ULSS ed in minima parte dagli Enti Locali.

Nell'ambito della tutela socio-sanitaria delle persone affette da disturbi psichici, di importanza fondamentale è l'integrazione tra interventi propriamente sanitari (diagnosi, cura, riabilitazione), interventi sanitari a rilevanza sociale (prevenzione primaria e azione culturale di lotta allo stigma, prevenzione secondaria e terziaria) e interventi sociali a rilevanza sanitaria (supporti economici, culturali, abitativi, inserimenti lavorativi).

In tale ambito la sussidiarietà del sistema di offerta riguarda prevalentemente gli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali a gestione diretta, mista o indiretta. In questo senso il Dipartimento di Salute Mentale dispone di risorse di personale qualificato e preparato per la gestione delle strutture a gestione diretta e di un budget per gli inserimenti nel privato accreditato. Il personale educatore del Dipartimento di Salute Mentale realizza direttamente inserimenti lavorativi occupazionali e collabora con il SIL e il Centro per l'Impiego per inserimenti finalizzati a tirocini lavorativi o all'acquisizione di un lavoro.

Altri elementi di sussidiarietà sono la collaborazione con altri servizi sanitari e socio-sanitari dell'Azienda ULSS, in particolare il Dipartimento Dipendenze Patologiche, il Servizio Disabilità in Età Adulta, il Servizio di Neuropsicopatologia e la collaborazione con le Associazioni dei Familiari.

B5.1 I risultati e le criticità

I risultati raggiunti possono essere sintetizzati nelle seguenti azioni:

- assistenza e trattamento alle persone con problemi di salute mentale e alle loro famiglie;
- sviluppo e sostegno della rete delle strutture residenziali e diurne del DSM;

- iniziative di informazione e formazione rivolte ad utenti e familiari;
- interventi di riduzione dei tempi di assistenza dei percorsi di cura e riabilitazione;
- risposta adeguata ai nuovi fenomeni emergenti riguardanti la salute mentale;
- incontri di aiuto al paziente con disturbi psichiatrici e alla sua famiglia;
- potenziamento dell'assistenza domiciliare;
- sviluppo dell'integrazione tra i servizi del Dipartimento di Salute Mentale e gli altri servizi territoriali sanitari (MMG) e sociali (assistenti sociali comunali e operatori socio assistenziali);
- formazione congiunta per operatori dei servizi;
- iniziative di aggregazione e di attività espressive e di socializzazione;
- promozione della salute mentale mediante interventi di contrasto allo stigma e al pregiudizio sulla salute mentale.

L'area della salute mentale è stata caratterizzata da un continuo monitoraggio sull'andamento dei servizi per cercare di garantire le risposte più urgenti rispetto ad un fabbisogno in lento ma progressivo aumento.

Rispetto alle politiche di sviluppo e di sostegno della residenzialità dell'area salute mentale, si registra anche per il 2014 un mantenimento dell'offerta territoriale esistente.

Lo stesso è stato per gli interventi di tipo diurno gestiti dal Dipartimento di Salute Mentale mediante il Centro Salute Mentale, il Day hospital territoriale, i Centri Diurni di riabilitazione psico-sociale.

Sono stati anche garantiti gli standard dei servizi domiciliari e buona partecipazione hanno ricevuto i servizi di sostegno della domiciliarità e dell'inclusione sociale come i viaggi organizzati, i soggiorni estivi, i gruppi di sostegno per le famiglie e le attività del tempo libero.

Nonostante l'attuale momento di forte contrazione delle risorse il numero delle persone con disagio psichiatrico inserite in attività lavorativa risulta essere mantenuto grazie all'impegno prioritario dei servizi nel sostenere il bisogno di riabilitazione psico-sociale e lavorativa delle persone con fragilità psichica.

Il Centro di Salute Mentale, ha mantenuto gli interventi finalizzati al miglioramento dei livelli di partecipazione dell'utenza, in stretta collaborazione con le associazioni dei familiari (AITSAM), gite con visita a mostre, corsi di lettura e scrittura creativa, di pittura espressiva e di canto.

Nonostante l'esiguità della dotazione di personale i Centri di Salute Mentale sono riusciti a restare aperti nelle 12 ore diurne feriali con costante supporto alla popolazione.

Elemento generale di criticità riguarda la carenza di alcune figure professionali nel Dipartimento di Salute Mentale in particolare medici psicologi ed educatori professionali.

La difficile contingenza economica e di bilancio dell'ULSS rende sicuramente difficile l'attuazione in tempi brevi di progetti che agiscano in maniera sistematica per garantire una reale politica di programmazione a medio - lungo termine dei processi di assistenza e cura con speciale attenzione al reinserimento sociale e al superamento dello stigma rivolto alle persone con problemi psichiatrici. Le malattie mentali, si giovano marcatamente di trattamenti sociali (e psicosociali). Sappiamo bene che il trattamento della schizofrenia diventa più efficace (e lo si rileva dalla diminuzione delle ricadute) qualora alla assunzione di psicofarmaci si associ un intervento di informazione, formazione e sostegno della famiglia. Moltissime psicosi croniche migliorano grazie a interventi di riabilitazione psicosociali, ivi compreso l'avvio a esperienze di lavoro o il passaggio da ricoveri in istituzioni alla residenza in strutture abitative protette. L'accompagnamento sociale di molti pazienti psichiatrici ha, inoltre, un effetto positivo sulle famiglie, in quanto ne alleggerisce il carico emotivo e fisico.

Tale difficoltà è stata finora affrontata mediante un'ottimizzazione della collaborazione tra ULSS e Comuni, nel perseguimento di sinergie finalizzate, ad esempio, ai percorsi lavorativi, che necessiterebbero però di ulteriori finanziamenti ad hoc.

Elemento di criticità è il basso rapporto tra spesa per la salute mentale e spesa sanitaria: la spesa per la salute mentale si assesta circa sul 3,3% della spesa sanitaria totale, a fronte del 5% previsto nei Progetti Obiettivi Nazionali e del 7 % che rappresenta la media UE.

Altro significativo problema strutturale deriva dalla necessità di assistere persone sottoposte ai provvedimenti dell'autorità giudiziaria e in uscita dai circuiti penali, conseguente al decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 - convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81, in assenza di una preventiva organizzazione strutturale ed economica di riparto. Questo dispositivo normativo ha caricato i Centri di Salute Mentale di compiti precedentemente gestiti dall'amministrazione penitenziaria e sottraendo risorse al sistema territoriale mediante attuazione di progetti che però non sono in grado di garantire una continuazione nel tempo degli interventi senza una rivisitazione delle dotazioni strutturali ed organiche.

Rimangono irrisolte le problematiche relative alla gestione degli utenti con profili comportamentali di media/alta intensità, derivanti da malattie organiche (Demenza, Disabilità Psichica) per i quali la carente disponibilità di risorse dedicate costringe il sistema ad attuare risposte alternative gestite impropriamente dal Dipartimento di Salute Mentale che, sebbene risultino sempre adeguate sotto il profilo assistenziale, non corrispondono formalmente a quanto previsto dalla normativa.

La sfida è rivedere le modalità di erogazione tenendo presente, fase per fase, le esigenze del paziente e proporre un percorso dove il coordinamento dell'offerta e la continuità assistenziale siano obiettivi presidiati dalla struttura DSM. Il fondamentale apporto di questo approccio è quello di ridurre le inefficienze, di razionalizzare le risorse, di aumentare l'efficacia, di ridurre la variabilità delle prestazioni.

Nonostante le difficoltà strutturali, la situazione di realizzazione dei progetti è proseguita in linea con la programmazione dell'anno precedente. Per quanto riguarda le progettualità nell'ambito della assistenza territoriale e domiciliare sono state iniziate azioni importanti: la creazione e la sperimentazione di strumenti di valutazione omogenei in tutto il territorio per definire dei criteri omogenei di accesso ai servizi: omogeneizzazione, intesa come la garanzia che tutti i cittadini residenti o domiciliati nel territorio aziendale possano usufruire dei Servizi con il medesimo livello di qualità. Un'analisi approfondita dei percorsi assistenziali non può prescindere dall'esame dei vari problemi che di esso fanno parte, ovvero la specificità della patologia, la variabilità del comportamento clinico, le diverse professionalità coinvolte, l'assetto organizzativo aziendale. Su questa linea è proseguita l'attenzione allo sviluppo di forme di integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri, sul piano della condivisione dei processi di assistenza e cura a supporto della continuità terapeutica.

Tutti i progetti del Piano di Zona relativi alla Salute Mentale sono stati sviluppati, con risultati congruenti con le aspettative grazie alla continuità degli operatori coinvolti, alla regolarità degli incontri di case management, alla supervisione clinica sui casi complessi.

Per quanto riguarda l'integrazione della rete, si sono avuti alcuni miglioramenti nell'ambito della rete dei Comuni grazie a progettualità condivise riguardanti l'unificazione di procedure di servizio sociale integrati fra CSM e DSM.

Sono stati attivati interventi a favore di persone sottoposte ai provvedimenti dell'autorità giudiziaria e in uscita dai circuiti penali, in collaborazione con Ufficio Esecuzione Penale dell'Amministrazione penitenziaria di Venezia.

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

Nel 2014 sono state perseguite, in continuità con gli anni precedenti, le politiche previste nel piano di zona 2011/2015, con particolare riguardo a quelle volte a garantire il sostegno familiare e domiciliare, a contrastare le forme di marginalità sociale e promuovere opportunità di inserimento lavorativo. In generale l'area continua a risentire di una pesante intensificazione dei problemi, legata alla crisi economica. Si conferma infatti un aumento della complessità sociale, un'esacerbazione delle difficoltà economiche delle famiglie, un aumento dell'instabilità familiare e delle difficoltà relazionali. Tali problematiche hanno determinato anche nel nostro territorio un aumento delle famiglie che si rivolgono ai servizi, un aumento dei disoccupati o comunque delle famiglie che sono colpite da una sensibile diminuzione del reddito, un aumento delle morosità sia nella gestione dell'alloggio sia nel pagamento delle utenze (elevato il numero di famiglie senza gas in casa o con distacco dell'energia elettrica). Si assiste ancora ad un consistente numero di sfratti per morosità delle famiglie, anche con figli minori.

B6.1 I risultati e le criticità

La politica volta a garantire una diffusa informazione, al fine di facilitare l'accesso ai servizi, viene in genere garantita dai Servizi Comunali e dalla rete del volontariato.

In generale nel 2014 si è registrato un elevato numero di richieste di aiuto da parte di persone incorse nelle nuove povertà a causa della perdita del lavoro, delle difficoltà a rientrare nel mercato occupazionale specie 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 in genere i Comuni hanno provveduto ad adeguare le risorse destinate all'assistenza economica. Alcuni bandi sono stati emanati anche dalla Regione per far fronte a gravi difficoltà sociali, alle problematiche dei nuclei monogenitoriali (presti sull'onore) e alle problematiche di adeguamento delle abitazioni.

Per contrastare le forme di marginalità sociale e promuovere opportunità di lavoro e di inserimento per persone in condizione di povertà, si è lavorato al consolidamento dell'estensione degli interventi di integrazione lavorativa attuati dal Servizio Integrazione Lavorativa 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. Nel corso del 2014 è stato

lievemente aumentato l'importo della borsa-lavoro in modo da garantire un maggior contributo agli aderenti.

Si è assistito inoltre nel 2014 a diverse sperimentazioni portate avanti direttamente dai Comuni nell'ambito del reinserimento sociale e lavorativo delle persone a rischio di povertà: il 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, il fondo a sostegno delle persone disoccupate del Comune di Portogruaro, il Fondo per il rilancio del Comune di Jesolo (che prevede sostegno abitativo ed occupazionale per persone colpite dalla crisi), il progetto di formazione e riqualificazione finanziato dal Comune di Caorle per potenziare le abilità di alcuni cittadini svantaggiati in vista delle attività lavorative estive, il progetto Form@lavoro, che ha coinvolto 6 comuni dell'Area Portogruarese e le categorie economiche e le associazioni di volontariato per favorire percorsi di reinserimento dei "nuovi poveri".

Inoltre un elevato numero di comuni del Veneto Orientale ha utilizzato le opportunità offerte dalla direzione lavoro regionale (fondo per le persone disoccupate prive di ammortizzatori sociali) per sviluppare progetti di inserimento a favore di cittadini svantaggiati. Alcuni comuni hanno garantito l'apertura di "Sportelli lavoro" per aiutare le persone disoccupate nella predisposizione di curriculum, segnalare opportunità di lavoro e di formazione, sostenere anche attraverso lavori di gruppo la ricerca lavorativa, fare rete con le associazioni datoriali per rispondere ai bisogni di inserimento delle persone disoccupate.

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 2014 si è registrato un elevato 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 (fondo locazione). Il Gruppo di lavoro sull'housing sociale ha avviato il tavolo di lavoro approfondendo esperienze di condomini solidali, esperienze di co-housing, ecc. Un progetto articolato è stato approvato dal Comune di San Donà relativamente all'accoglienza a bassa soglia, all'ospitalità per donne sole o con bambini e al favorire un'offerta abitativa sociale non pubblica.

E' stata mantenuta l'attenzione nel 2014 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., che partecipa regolarmente ai tavoli di lavoro del Piano di Zona, 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 o per l'esecuzione di lavori di pubblica utilità, specie per persone condannate per reati relativi alla guida in stato di ebbrezza.

In generale l'area "marginalità sociale" 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 buona sinergia nella gestione delle situazioni di bisogno presenti nel territorio, necessaria per ottimizzare la destinazione delle risorse, insufficienti a far fronte all'aumento continuo della domanda di aiuto.

In questa area si sottolinea come molti 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 è assistito nel territorio a sperimentazioni di servizi di mensa solidale (Portogruaro e San Donà), utilizzando la legge "del buon samaritano" e recuperando i cibi non consumati dalle mense scolastiche, nonché ad accordi con il terzo settore per potenziare la distribuzione di alimentari e cibi freschi (Jesolo e altri comuni).

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

Le problematiche relative all'area Immigrazione devono tener conto innanzi tutto della frammentarietà degli interventi e dei servizi rivolti agli immigrati, data dall'autonomia decisionale dei Comuni dell'Ulss n.10 "Veneto Orientale".

Le stesse modalità sono presenti in ambito scolastico; nonostante l'organizzazione delle "Reti scolastiche", ogni Istituto scolastico costruisce un proprio autonomo approccio all'accoglienza e all'integrazione degli alunni stranieri, perdendo spesso di incisività rispetto ad un territorio più vasto.

B7.1 I risultati e le criticità

Nel 2014 è stato mantenuto il Servizio Educativo Domiciliare per minori stranieri, considerato un servizio di grandissima utilità in quanto coinvolge in una dinamica evolutiva tutta la famiglia del minore interessato, e crea alleanze costruttive tra gli operatori, i servizi e le figure femminili di riferimento del minore, attraverso le quali veicolare informazioni e suggerire comportamenti educativi.

Un altro intervento che è stato mantenuto e che sarebbe da incentivare ulteriormente, soprattutto in ambito scolastico, è la mediazione linguistica-culturale, intesa come acquisizione della lingua italiana, ma soprattutto come comprensione degli apparati simbolici della cultura autoctona confrontati con le culture di provenienza. La decodificazione simbolica delle strutture culturali aiuta infatti l'immigrato a riconoscere principi universali che sottendono in ogni dove la costruzione della realtà; tale processo di conoscenza contribuisce a ridurre le dinamiche oppostive e a favorire un autentico scambio culturale con i residenti. L'acquisizione della lingua italiana diventa inoltre strumento indispensabile per la ricerca del lavoro, della casa; e per potersi orientare all'interno del complesso, e spesso astruso, mondo della burocrazia.

Rimangono alcuni temi sui quali si ritiene necessario richiamare una maggiore attenzione in quanto importanti nell'universo esistenziale della popolazione immigrata, e comunque significativi per ogni gruppo sociale di cui gli immigrati fanno parte. Essi sono: l'integrazione delle "badanti" in un contesto relazionale non legato esclusivamente alla famiglia dell'anziano assistito, attraverso l'individuazione di strutture per il tempo libero e per il ritrovo; la programmazione, assieme al volontariato sociale, di servizi dedicati al sostegno psicologico di queste persone che hanno dovuto affrontare situazioni di separazione e abbandono dolorose e spesso traumatiche; l'interazione sociale degli adolescenti immigrati con i loro coetanei autoctoni rispetto alle dinamiche affettive e sessuali. Spesso, a fronte di tali processi di

investimento reciproco, riemergono, nel gruppo onnicomprensivo adolescenziale, diffidenze, resistenze e profonde incomprensioni che coinvolgono le rispettive famiglie e mettono in evidenza la diversità dei sistemi di parentela e dell'immaginario culturale riferito ai ruoli all'interno di una relazione amorosa.

Permane la necessità di un maggior confronto tra le credenze religiose come percorso di riconoscimento delle rispettive antropologie del soprannaturale in una prospettiva irenica che sia vera costruzione di pace. Affrontare con metodo tali tematiche diventa urgente, soprattutto a fronte di avvenimenti storici di estrema attualità e pericolosità.

Infine si evidenzia l'importanza del Volontariato sociale rispetto a tutte le problematiche dell'Immigrazione, in quanto il Volontariato svolge sempre un ruolo sussidiario nei confronti dell'Istituzione pubblica. La presenza del Volontariato sociale nel territorio si configura ormai come punto di riferimento per molteplici interventi e come garanzia di continuità di ascolto e di attenzione per la popolazione immigrata.

La popolazione straniera residente nel Veneto Orientale al 31.12.13 è di 19.196 persone, ovvero l'8,9 % dell'intera popolazione residente. Di questi 9.191 sono maschi e 10.005 sono femmine, 6.087 cittadini UE e 327 nuovi nati. (fonte: Associazione Migranti della Venezia Orientale).

C.1 Modalità di raccolta dei dati

Nei primi mesi del 2014 sono stati convocati tutti i 7 gruppi di lavoro di area specifica per valutare lo stato di realizzazione del Piano di zona 2011-2015 relativamente all'anno 2014 e per predisporre la ri-pianificazione degli interventi previsti nel piano stesso per il 2015. Le valutazioni emerse sono state utilizzate per predisporre sia la "ri-pianificazione per l'anno 2015", sia la presente relazione valutativa per l'anno 2014.

Le sezioni relative alle singole aree di intervento sono state poi sintetizzate da ciascun referente di gruppo di lavoro di area specifica (5 dell'azienda ULSS 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, soggetti gestori dei servizi residenziali e semi-residenziali del territorio, ecc.). Per quanto riguarda i servizi gestiti dall'azienda ULSS sono state utilizzate le informazioni fornite dai servizi stessi e dal controllo di gestione aziendale, informazioni che sono poi state elaborate dall'ufficio di piano ai fini della predisposizione della presente relazione. Nonostante il metodo di lavoro sia ormai collaudato e sia andato consolidandosi e affinandosi nel corso dell'ultimo triennio, quest'anno è stata incontrata un'ulteriore difficoltà dovuta al mancato ricevimento delle annuali indicazioni regionali. Queste infatti, oltre a fornire puntuali istruzioni per il monitoraggio dei dati, fissavano annualmente la scadenza per la presentazione della relazione concedendo di norma una proroga (al 30 agosto nel 2012, al 30 settembre nel 2013 e al 31 luglio nel 2014). Prudenzialmente, in mancanza di precise indicazioni regionali, l'azienda ULSS ha ritenuto di fissare la scadenza al 30 giugno e pertanto, considerata la complessità del sistema dell'offerta oggetto del presente monitoraggio, il tempo a disposizione è risultato, sia per l'azienda ULSS che per gli altri soggetti del territorio, troppo limitato per poter raccogliere ed adeguatamente verificare ed elaborare i dati contabili e di attività. Ciò comporta il rischio di inficiare la completezza del monitoraggio.

Permane infine la criticità principale che ha reso difficoltosi 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. I dati contabili messi a disposizione dal controllo di gestione richiedono infatti un lavoro di controllo e quadratura con il servizio economico finanziario e una rielaborazione, integrazione e verifica da parte dell'ufficio di piano per l'adeguamento alle esigenze informative della presente relazione.

Anche quest'anno, come nelle precedenti annualità, sono state apportate alcune azioni di miglioramento e perfezionamento nella rilevazione e nell'imputazione dei costi, comportando, 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 avvenuta attraverso l'apposita procedura disponibile nel portale regionale, che permette di importare in modo automatico dati registrati in archivi informatizzati personalizzati, predisposti allo scopo dall'ufficio di piano. Questo sistema si conferma un metodo più veloce rispetto a quello a caricamento manuale.

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 risulta il seguente:

AMBITO POLITICO

ORGANO DI GOVERNO POLITICO: Esecutivo della Conferenza Sindaci
Direzione Generale dell'Az. ULSS (Direttore dei Servizi Sociali)

GRUPPO GUIDA: 4 Referenti dei Comuni Distretto S.S n. 1 (*Sindaci o Assessori delegati*)
4 Referenti dei Comuni Distretto S.S n. 2 (*Sindaci o Assessori delegati*)
Direttore dei Servizi Sociali e della funzione distrettuale
Direttore Sanitario
Direttori dei Distretti socio sanitari
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

Area	FAMIGLIA Infanzia, Adolescenza, Minori in condizione di disagio	DIPENDENZE	DISABILITA'	PERSONE ANZIANE	SALUTE MENTALE	MARGINALITÀ SOCIALE	IMMIGRAZIONE
Soggetti							
COMUNI	almeno 3 ass. sociali	almeno 3 ass. sociali	almeno 3 ass. sociali	almeno 3 ass. sociali	almeno 3 ass. sociali	Referente area almeno 5 ass. sociali	Referente area almeno 3 ass. sociali
	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci	Rappresentante Conf. Sindaci
ULSS: Direz. Servizi Sociali	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano Referente area	Ufficio di Piano Referente area	Ufficio di Piano Referente area	Ufficio di Piano	Ufficio di Piano
Distretto S.S. Unità Operative Interessate:	Referente area - 2 (CF) - 2 (NPI) - 1 (CP) (su temi spec.)	Referente area - 3 (SerD) - 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) - 1 (DCA) - 1 (CP)	- 1 (SIL) - 1 (CF) - 1 (CP) (su temi spec.)	- 1 (CF) - 1 (CP) (su temi spec.)
Dipartim. di Prevenzione	- 1 (Promozione ed Educ. alla Salute)	- 1 (Promozione ed Educ. alla Salute)				- 1 (SISP)	- 1 (SISP)
III Settore: Organismi, Associazioni, Fondazioni, Cooperative soc	4 rappresentanti	4 rappresentanti	4 rappresentanti	4 rappresentanti	4 rappresentanti	4 rappresentanti	4 rappresentanti + 2 coordinamento immigrati
Altri Soggetti Pubblici, Az. pubbliche e private	- 2 Scuola - 1 Provincia (su temi specifici)	- 2 Scuola	- 2 Scuola - 1 Provincia (su temi specifici)	- 4 CSR: - 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.)
Sindacati	Le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative individuano le aree di interesse						
Tribunale del malato							

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 il compito di analizzare e approfondire alcuni temi, proporre soluzioni operative condivise 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, in ogni gruppo di lavoro di area è stata prevista 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.