

Regione del Veneto

**Azienda Unità Locale
Socio Sanitaria**



Piano di Zona: Relazione valutativa anno 2007

INDICE

| | |
|----------------------------------------------------|----------------|
| Introduzione | pag. 3 |
| A. Le risorse globali | pag. 6 |
| B. Le aree di intervento: relazione | pag. 10 |
| B1. Area di intervento "anziani" | |
| B1.1 I servizi | pag. 12 |
| B1.2 I progetti | pag. 13 |
| B1.3 I risultati | pag. 13 |
| B2. Area di intervento "Minori giovani e Famiglie" | pag. 15 |
| B2.1 I servizi | pag. 17 |
| B2.2 I progetti | pag. 18 |
| B2.3 I risultati | pag. 18 |
| B3. Area di intervento "Disabili" | pag. 20 |
| B3.1 I servizi | pag. 22 |
| B3.2 I progetti | pag. 23 |
| B3.3 I risultati | pag. 23 |
| B4. Area di intervento "Dipendenze/Alcolismo" | pag. 25 |
| B4.1 I servizi | pag. 27 |
| B4.2 I progetti | pag. 27 |
| B4.3 I risultati | pag. 28 |
| B5. Area di intervento "Salute mentale" | pag. 29 |
| B5.1 I servizi | pag. 31 |
| B5.2 I progetti | pag. 31 |
| B5.3 I risultati | pag. 32 |
| B6. Area di intervento "Marginalità sociale" | pag. 33 |
| B6.1 I servizi e i progetti | pag. 35 |
| B7. Area di intervento "generale" | pag. 36 |
| B7.1 I servizi e i progetti | pag. 39 |

Introduzione

Nel nostro paese il settore sociale è stato tradizionalmente caratterizzato da un' elevata frammentazione e da un fitto intreccio di relazioni.

E' ormai parere diffuso che l' implementazione dei programmi pubblici non è più assicurata dall' azione governativa, ma richiede il concorso di più soggetti pubblici e privati. Da anni si assiste ad una crescente importanza e diffusione di programmi che necessitano di una gestione congiunta da parte di attori pubblici e privati come conseguenza di uno sgretolamento di una visione pubblico centrica dell' azione finalizzata al soddisfacimento dei soli interessi pubblici. Si tratta di una traiettoria di sviluppo che non riguarda solamente l' integrazione socio-sanitaria, ma tutto l' operato delle pubbliche amministrazioni. Questa sempre più diffusa tendenza alla collaborazione, alla cooperazione, alla condivisione delle responsabilità tra pubblico e privato, che in letteratura trova definizione e sviluppo nei paradigmi della "public governance" e del "network management", comporta un sistema di gestione che passa da una logica di *government* ad una logica di *governance*, dall' amministrazione di uno stato forte al governo dentro e attraverso le reti.

L' integrazione socio-sanitaria, nella nostra Regione, è quindi caratterizzata da un modello di governo "bilanciato", articolato in sistemi che esprimono missioni diverse, regolati tra loro, centrati sul ruolo delle pubbliche amministrazioni e contestualmente sull' autonomia di scelta dei cittadini.

E' in questo contesto, in questa "tendenza" globale, che si inserisce lo strumento "Piano di Zona".

In questo complesso insieme di enti e servizi, la legge 328/2000 invita gli enti locali a prendere coscienza delle interdipendenze che esistono e propone il Piano di Zona come strumento di programmazione, concertazione, partecipazione ed integrazione dei servizi sociali con gli interventi e le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro, secondo i principi di:

- coordinamento ed integrazione istituzionale ed operativa degli interventi
- cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e sociali che partecipano con proprie risorse alla promozione della salute della comunità
- sussidiarietà
- condivisione delle responsabilità

Con le LL.RR. n. 56 del 14 settembre 1994 e n. 5 del 3 febbraio 1996 la Regione Veneto ha individuato nel Piano di Zona lo strumento della programmazione locale per perseguire l'integrazione tra i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari nell'ambito territoriale di competenza di ciascuna Ulss, individuando nella Conferenza dei Sindaci l'organo deputato alla promozione e all'approvazione del Piano di Zona.

Con la successiva deliberazione della Giunta Regionale 18 giugno 2004 n. 1764, sono state approvate le linee guida per la predisposizione del Piano di Zona; con deliberazione n. 1560 del 23 maggio 2006 la Giunta Regionale, in ottemperanza a quanto disposto dalla L. 328/00, ha inteso confermare che i Piani di Zona costituiscono il principale strumento di programmazione sociale per il perseguimento di due fondamentali obiettivi:

- facilitare il governo dell'integrazione socio sanitaria;
- promuovere una programmazione sociale in grado di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione della salute e del benessere.

Con il successivo provvedimento n. 3702 del 28 novembre 2006, la Giunta Regionale ha integrato le linee guida di cui alla citata deliberazione n. 1764/2004 e ha approvato delle specifiche indicazioni per la costruzione dei documenti dei Piani di Zona 2007-2009, con criteri di valutabilità, che prevedono, tra l'altro, l'impiego di appositi strumenti di programmazione e un monitoraggio costante, con un'attenzione particolare all'uso delle risorse disponibili, ribadendo la logica programmatica del piano di zona, strettamente legata alla valutazione annuale di detto strumento.

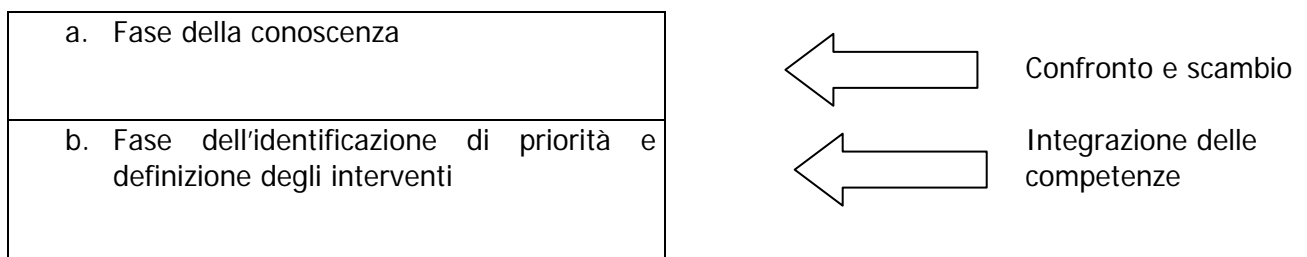
Nel territorio dell' Azienda Ulss n. 5 l' iter applicativo del Piano di Zona, in sintesi, è stato il seguente:

il 7 marzo 2007, in occasione di un incontro con gli assessori ai servizi sociali del territorio ulss, è stata concordata la composizione dei gruppi di lavoro volti alla costruzione del piano di zona per la triennalità 2007/2009, che hanno iniziato conseguentemente la propria attività. I partecipanti al tavolo sono degli esperti, testimoni privilegiati e attori territoriali, il cui parere è prezioso ai fini della programmazione e della decisione finale che spetta al tavolo politico, rappresentato dalla Conferenza dei Sindaci:

il 5 giugno 2007 si sono riuniti tutti i rappresentanti dei soggetti istituzionali e sociali del territorio per la presentazione della proposta di P. di Z.;

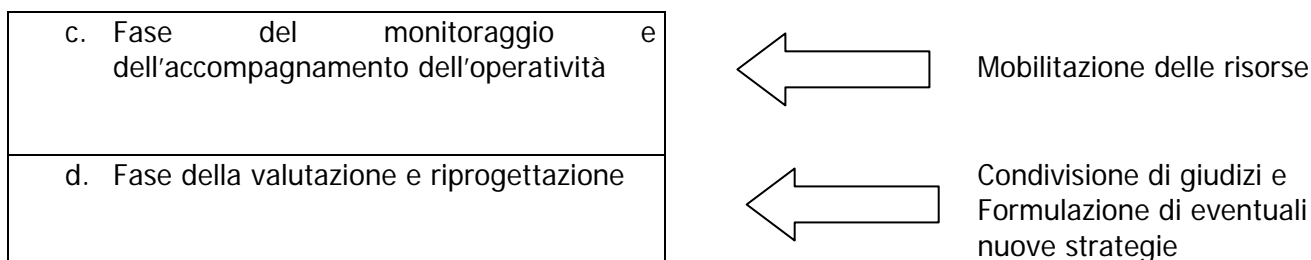
in data 12 giugno 2007 la Conferenza dei Sindaci ha approvato la proposta di piano di zona 2007/2009, poi confermata il 6 dicembre 2007, con l'obiettivo di adottare uno strumento che permetta l' analisi dei bisogni della popolazione, che promuova una programmazione partecipata dell' offerta dei servizi, tramite la definizione di priorità di intervento nel triennio, che consenta di "mappare" la rete di servizi esistente nel territorio e prevedere modalità di valutazione dei programmi e dei servizi.

Graficamente potremmo rappresentare questa prima fase del processo per la costruzione del Piano di Zona come segue:



Portato a conclusione questo momento, si innesta ora la presente relazione valutativa, con l'intento di indirizzare le scelte programmatiche future, in piena sintonia, quindi, con la dimensione "processuale" dello strumento stesso, che richiede una valutazione di tipo dinamico, per indirizzare le scelte future.

Questa qui proposta è una valutazione "in itinere", che raccoglie alcune informazioni utili sulle azioni previste dal Piano, cercando di entrare nel merito dei risultati raggiunti e degli scostamenti. Importante diviene il processo di miglioramento del sistema informativo a supporto del monitoraggio e della valutazione, se si vogliono affinare strumenti informativi idonei a supportare la governance.



Indubbiamente l' "integrazione" degli svariati flussi informativi che attraversano una complessa rete, come quella rappresentata dal Piano, è una delle sfide del il sistema informativo. Le difficoltà, in questo senso, nascono sia dal fatto che si fa riferimento a diversi settori (anziani, minori, dipendenze..), con linguaggi e metodologie proprie, sia dal fatto che il sistema informativo è alimentato da dati provenienti da enti più o meno diversi tra loro, più o meno disponibili a fornire informazioni.

L' intreccio delle percezioni degli attori con i dati strettamente quantitativi tenta di conferire oggettività all'andamento dei servizi nell' anno 2007, nell' intento di supportare il processo decisionale.

L' obiettivo della valutazione è quello di innescare una metodologia e dei processi che permettano di supportare le scelte, le integrazioni e le riprogettazioni dei diversi attori del sistema, con dati qualitativi e quantitativi, sviluppando nel tempo un modello informativo in grado di supportare la "governance" di questo complesso sistema.

Ciò premesso, si può osservare e condividere che le strategie che hanno mosso la definizione delle priorità individuate e delle azioni realizzate in ciascuna delle aree di intervento sono le seguenti:

- **ricerca dell'accessibilità** come capacità di assicurare l'intervento appropriato a coloro che ne hanno bisogno;
- **appropriatezza** quale grado di utilità dell'assistenza rispetto al problema ed alle conoscenze;
- perfezionamento della **competenza** intesa come livello di applicazione delle conoscenze, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili;
- **continuità** quale grado di integrazione nel tempo tra diversi operatori e strutture che hanno cura della stessa persona;
- **tempestività** quale grado in cui l'intervento più efficace è offerto alla persona nel momento in cui gli è di massima utilità;
- **umanizzazione** quale livello di rispetto della cultura e dei bisogni individuali anche per ciò che riguarda l'informazione e la qualità del servizio.

Infine una riflessione, seppur in prima istanza, può essere introdotta sui dati forniti dalle Amministrazioni Comunali.

Dalla rilevazione delle diverse tipologie di richieste prevalenti emerge il tema della conciliazione tra lavoro, cura e gestione dei figli.

Le donne di origine straniera, in particolare, spesso senza un'occupazione e carenti dal punto di vista linguistico, sono maggiormente a rischio nell'eventualità di una separazione o di problemi occupazionali del coniuge, data anche la maggiore fragilità della rete familiare e amicale di riferimento. Senz'altro le madri sole di origine straniera costituiscono una nuova forma di povertà con cui si interfacciano i servizi comunali e aziendali del territorio.

Altro elemento di attenzione riguarda il ricorso da parte delle famiglie, nel tentativo di salvaguardare il proprio tenore di vita, a canali di finanziamento privati, sempre più pubblicizzati e accessibili, che concorrono tuttavia ad impoverirle ulteriormente. Dal punto di vista abitativo, viene evidenziata non solo la difficoltà legata al pagamento dell'affitto, ma anche la necessità di coperture per coloro che sono soggetti al pagamento del mutuo. Risulta di fatto sempre più complesso per le famiglie mantenere il proprio standard di vita ed il rischio sempre più forte è quello d'indebitarsi, condizione dalla quale risulta poi ancora più difficile uscire.

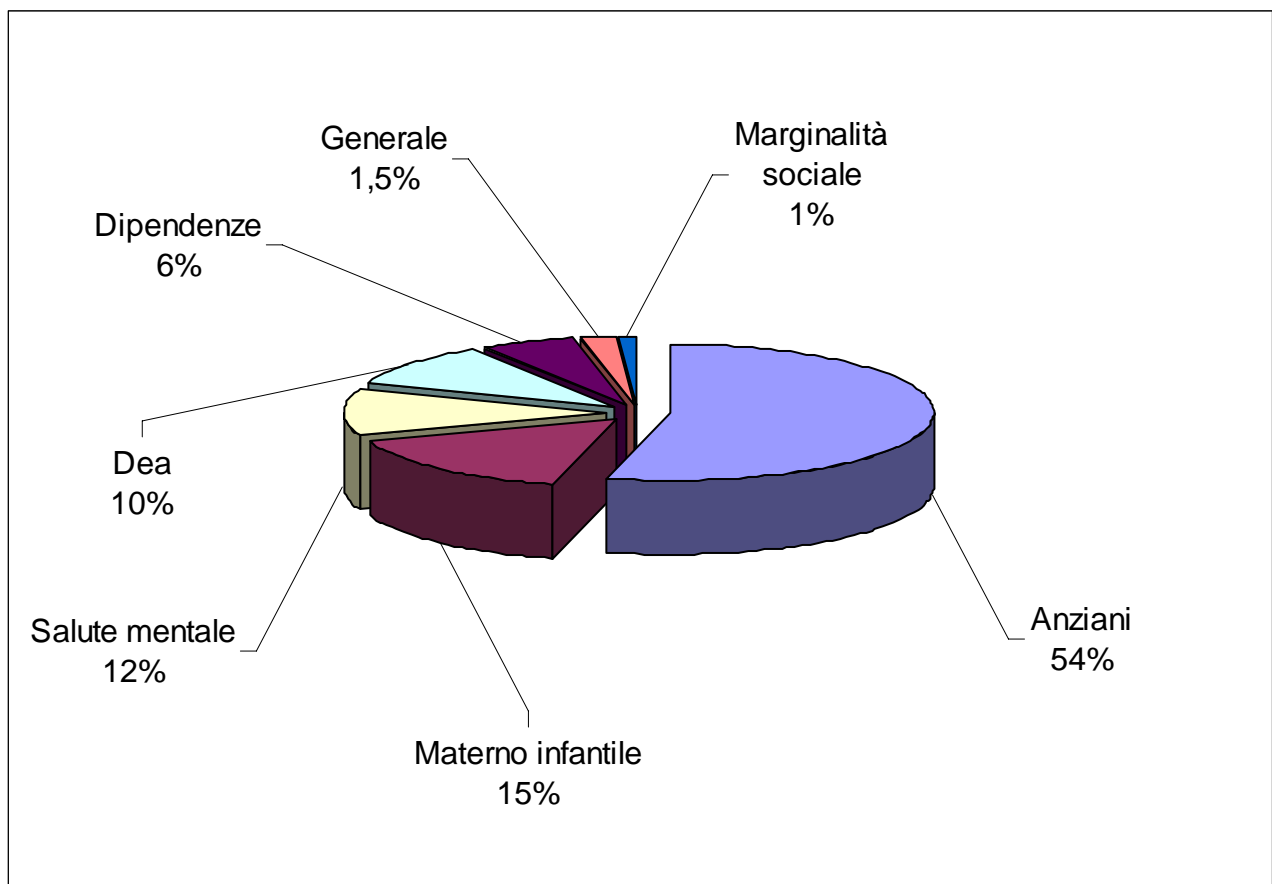
Non potendo sviluppare contemporaneamente tutti i livelli in tutte le aree delle politiche sociali è necessario individuare alcune tematiche prioritarie e tra queste si possono evidenziare:

- un piano di servizi per il sostegno delle responsabilità familiari (servizi per la prima infanzia);
- un programma completo contro il rischio della non autosufficienza degli anziani, con un'offerta diversificata di servizi, fronte questo su cui l'Azienda Ulss n. 5 sta investendo consistenti risorse;
- un programma di contrasto della povertà, accompagnato anche da un processo governativo di defiscalizzazione per il sostegno delle responsabilità familiari.

Le risorse globali

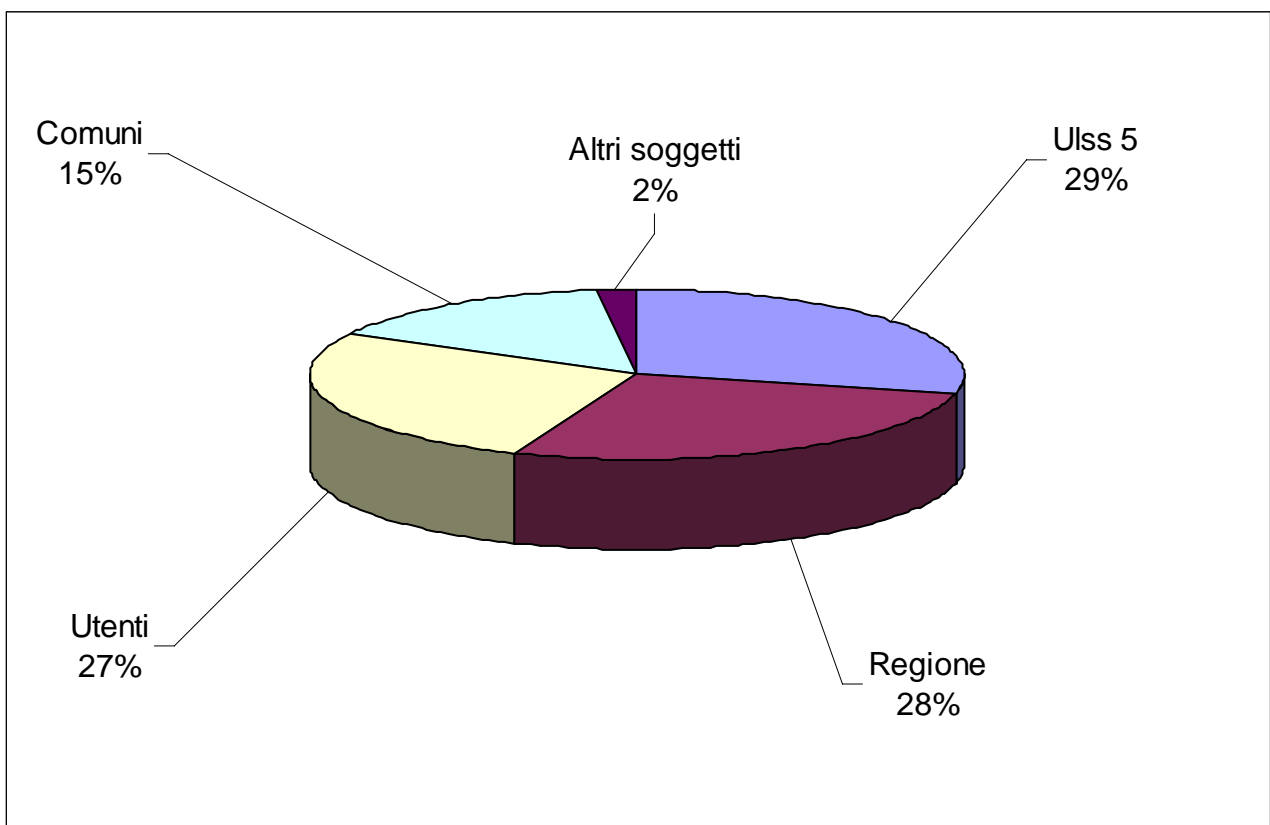
La seguente tabella e relativo grafico mostrano la ripartizione delle risorse confluite nell' anno 2007 nel Piano di zona (d' ora in poi Pdz) suddivise per macro area di intervento, con valori assoluti e percentuali: emerge una forte incidenza dell' area anziani, con il 54% delle risorse.

| | | | |
|---------------------|---|---------------|------|
| Anziani | € | 33.026.440,86 | 54% |
| Materno infantile | € | 9.468.736,98 | 15% |
| Salute mentale | € | 7.073.107,87 | 12% |
| Dea | € | 6.055.499,15 | 10% |
| Dipendenze | € | 3.617.551,44 | 6% |
| Generale | € | 1.280.547,94 | 2% |
| Marginalità sociale | € | 740.385,00 | 1% |
| Totale | € | 61.262.269,24 | 100% |



Le seguenti analisi mostrano la ripartizione delle risorse, confluite nell' anno 2007 nel PdZ, suddivise per fonte di finanziamento, con valori assoluti e percentuali. In evidenza una equiripartizione tra Ulss, Regione ed Utenti, rispettivamente al 29%, 28% e 27%. Inoltre risulta essere importante l' apporto dei comuni (15%).

| FONTI DI FINANZIAMENTO | VALORE MONETARIO | % |
|------------------------|------------------|------|
| Ulss 5 | € 17.559.498,73 | 29% |
| Regione | € 16.885.117,41 | 28% |
| Utenti | € 16.474.089,55 | 27% |
| Comuni | € 9.173.442,35 | 15% |
| Altri soggetti | € 1.170.121,19 | 2% |
| Totale | € 61.262.269,24 | 100% |

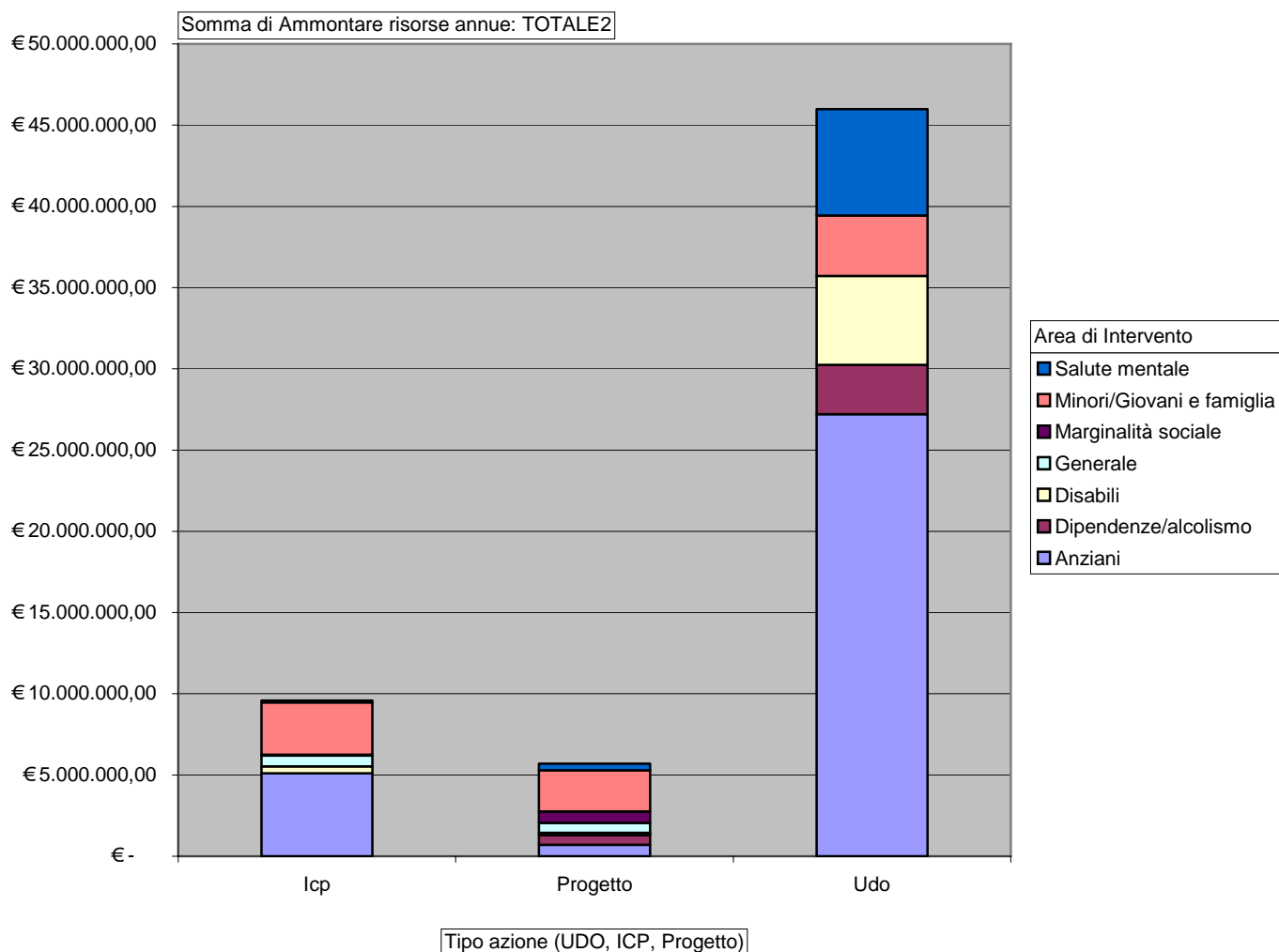


Di seguito un approfondimento della distribuzione delle risorse nelle tre tipologie di azioni che compongono il Pdz, le udo le icp e i progetti. Inoltre la rappresentazione grafica permette di apprezzare, all' interno delle singole tipologie di azioni, la percentuale dedicata alle varie aree di intervento.

| TIPOLOGIA | RISORSE | % |
|-----------|-----------------|------|
| icp | € 9.576.075,84 | 16% |
| progetti | € 5.705.135,35 | 9% |
| udo | € 45.981.058,05 | 75% |
| totale | € 61.262.269,24 | 100% |

Si osserva una preponderanza delle unità d' offerta, che arrivano ad un valore prossimo al 75% delle risorse, le icp arrivano al 16% e i progetti al 9%.

Anno 2007



L'ultima analisi è relativa ai principali percorsi assistenziali individuati nel PdZ. Nello specifico abbiamo una forte incidenza dei percorsi residenziali attorno al 58%, il 16% delle risorse sono investite nel residenziale, l'11% nel domiciliare e il 7% nell'ambulatoriale.

| PERCORSO | RISORSE | % |
|------------------------|------------------------|-------------|
| residenziale | € 35.713.411,74 | 58% |
| semiresidenziale | € 10.086.581,94 | 16% |
| domiciliare | € 6.820.899,53 | 11% |
| ambulatoriale | € 4.196.446,14 | 7% |
| consulenza/prevenzione | € 1.885.370,86 | 3% |
| altro | € 2.559.559,04 | 4% |
| totale | € 61.262.269,24 | 100% |

| | |
|------|------|
| Anno | 2007 |
|------|------|

| Somma di Ammontare risorse annue: TOTALE | Area di Intervento | |
|------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| | Anziani | Dipendenze/alcolismo |
| Tipo azione (UDO, ICP, Progetto) | | |
| Icp | € 5.097.965,94 | € 14.453,00 |
| Progetto | € 709.372,17 | € 581.820,34 |
| Udo | € 27.219.102,75 | € 3.021.278,10 |
| Totale complessivo | € 33.026.440,86 | € 3.617.551,44 |

| | | |
|------------------------|----------------|------------------------|
| percorso | area | |
| residenziale | anziani | € 26.877.230,25 |
| semiresidenziale | anziani | € 735.738,07 |
| domiciliare | anziani | € 5.008.500,48 |
| ambulatoriale | anziani | |
| consulenza/prevenzione | anziani | |
| altro | anziani | € 404.972,08 |
| totale | anziani | € 33.026.440,86 |