



Il monitoraggio dei Piani di Zona in Regione Veneto

*Estratto relativo all'Area Salute Mentale
dati anno 2010*

*Direzione Politiche Sociali
Osservatorio Politiche Sociali*



Il presente report è sviluppato sulla base dei dati relativi all'anno 2010 inseriti nel portale web della Regione Veneto dedicato ai piani di zona. Tali dati sono stati raccolti dagli operatori del territorio e dagli Uffici di Piano attraverso il monitoraggio annuale dei piani di zona.

Le elaborazioni sono state svolte a cura di Elisa Bolzonello, Nicoletta Parise, Stefania Porchia e Maristella Zantedeschi. Il presente report è frutto dell'impostazione metodologica sviluppata negli anni scorsi assieme all'Università Cà Foscari di Venezia e del prof. Giovanni Bertin. Esso inoltre è frutto del confronto sui risultati delle analisi tra il gruppo di ricerca e i Dirigenti e funzionari della Direzione Regionale. Si ringraziano inoltre gli Operatori del territorio ed i componenti degli Uffici di Piano che hanno partecipato ai gruppi di approfondimento che sono stati svolti nel mese di marzo 2012 e che hanno consentito di approfondire la lettura dei dati e le relative analisi.

Introduzione

Da diversi anni la Direzione Regionale ai Servizi Sociali conduce un monitoraggio annuale dei Piani di Zona sviluppati negli ambiti afferenti alle 21 Aziende Ulss in cui è suddivisa la Regione. Da tale rilevazione è prodotto un report annuale che valorizza il confronto tra i territori sulle politiche e gli interventi sociali e socio-sanitari realizzati.

La fase storica che stiamo attraversando sta mettendo in luce le difficoltà del sistema pubblico regionale e comunale nel sostenere la gamma di interventi sociali e socio-sanitari rivolta ai cittadini che vivono in Regione Veneto. La domanda di supporto aumenta ed i bisogni della popolazione mutano: ciò produce una continua pressione sui servizi in termini di espansione e di cambiamento nelle forme di risposta. La crisi economica ci costringe a rivedere le logiche di sviluppo adottate sino ad oggi ripensando alle modalità che consentono di mantenere gli standard di offerta attuali e fornire una risposta ai bisogni emergenti. Le caratteristiche tipiche della Regione Veneto, con la forte integrazione socio-sanitaria ed il valore della sussidiarietà tra i soggetti pubblici e privati che operano nel territorio, sono da sempre i perni su cui si costruiscono le programmazioni territoriali. Ad essi si sono affiancati negli ultimi anni la sperimentazione di interventi che supportano la famiglia e le reti di famiglie, che rappresentano nella nostra regione uno dei luoghi fondamentali di risposta alla fragilità; la promozione di azioni che sostengono la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio contesto di vita; l'avvio di percorsi che attuano uno stringente controllo dei costi e della spesa per garantire la massima efficienza nell'impiego delle risorse.

In questo contesto, il monitoraggio del piano di zona diventa quindi un'occasione più importante rispetto al passato per sostenere il confronto tra i territori, far emergere le diverse modalità con cui si stanno sviluppando gli interventi, aprire occasioni di riflessione sulle scelte che si stanno compiendo su base locale e regionale. Questo documento ha lo scopo di aprire il dibattito tra addetti ai lavori e di fornire a tutti i cittadini veneti alcune chiavi di lettura del sistema di offerta territoriale. Come si potrà vedere, molto lavoro di integrazione tra i territori e di omogeneizzazione dei linguaggi è stato compiuto; molta altra strada è ancora da percorrere affinché i soggetti pubblici e privati che operano nella Regione nell'ambito degli interventi sociali e socio-sanitari condividano processi di lavoro, modalità di intervento, livelli di offerta al cittadino, allo scopo di garantire sempre maggiore equità nelle risposte date ai cittadini che vivono in uno dei 581 Comuni del Veneto.

Gli esiti del monitoraggio condotto nel 2011, riferito ai dati dell'anno 2010, rappresentano un passaggio importante, poiché demarcano la separazione tra il periodo di programmazione 2007-2009, prorogato a tutto il 2010, e la fase di produzione dei nuovi piani di zona 2011-2015, seguiti alle Linee Guida per la Stesura dei Piani di zona, approvate con Dgr 157/2010. Il piano di zona 2007-2010 ha rappresentato un periodo di sperimentazione allargata del monitoraggio regionale, che entra a pieno regime con la nuova programmazione. A tale proposito, le analisi condotte nelle diverse aree di intervento richiamano laddove possibile il confronto tra i contenuti del monitoraggio delle diverse annualità e cercano di far emergere le prospettive che si delineano con i nuovi piani di zona 2011-2015.

INDICE

Capitolo 1_ IL PIANO DI ZONA 2007-2009 PROROGATO AL 2010.....p. 5

Capitolo 2_ UN QUADRO GENERALE AL SISTEMA DI OFFERTAp. 8

...

Capitolo 6_ LE RISPOSTE PER LE PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALEp. 10

6.1 Il sistema di offerta.....p. 10

6.2 Il finanziamento degli interventip. 12

6.3 I costi degli interventip. 14

...

Capitolo 10_ CONSIDERAZIONI CONCLUSIVEp. 17

IL PIANO DI ZONA 2007-2009 PROROGATO AL 2010

La consuetudine alla programmazione locale di zona in Regione Veneto ha subito molti cambiamenti negli ultimi anni: si è passati da piani di zona costruiti in modo molto differenziato su base regionale sia per contenuti (progetti, interventi consolidati), sia nei tempi di vigenza (avvio e conclusione diverse per ciascun territorio), a linee guida che hanno demarcato con sempre maggiore chiarezza i confini di contenuto della programmazione sociale e socio-sanitaria, allineando non solo i tempi di redazione del piano ma anche le scadenze e le modalità di monitoraggio dello stesso. Inoltre, con le linee guida emanate nel 2010 il piano di zona ha assunto valenza quinquennale, prevedendo un allungamento temporale della fase di programmazione relativamente alle politiche che si intendono sviluppare e definendo una riprogrammazione annuale degli interventi.

Questi cambiamenti da un lato rappresentano l'acquisizione di consapevolezza rispetto all'esperienza pluriennale regionale: ci si è resi conto che lo sforzo legato alla programmazione partecipata a livello territoriale richiede di adottare una visione pluriennale di media durata; d'altra parte, la mutevolezza delle condizioni sociali ed economiche richiede di dotarsi di strumenti di programmazione flessibili, adatti a gestire in tempi rapidi i cambiamenti del sistema di offerta; infine, si è preso atto che già negli anni precedenti, quando i piani di zona prevedevano su base normativa una cadenza triennale, di fatto sono intervenute proroghe nella vigenza dei piani esistenti che ne hanno allungato la durata.

A tali aspetti, va aggiunta la necessità di condividere su base regionale i contenuti della programmazione sociale e socio-sanitaria, nonché di stimolare il confronto tra territori ed il legame tra il livello di governo regionale e quello locale. Muovono in questa direzione l'integrazione dei piani settoriali di programmazione con il piano di zona e l'impianto normativo che delinea un maggiore collegamento tra gli indirizzi regionali e i piani di zona dei territori, nonché tra i trasferimenti economici e l'allocazione delle risorse per gli interventi inseriti nei piani. Alcuni processi si sono concretizzati nel periodo 2007-2010, altri stentano a decollare e bisognerà attendere il periodo 2011-2015 per comprendere quali saranno le evoluzioni nelle prassi.

Alcune scelte compiute dalla Regione Veneto rappresentano elementi di forte innovazione rispetto alle altre Regioni italiane: l'allungamento del periodo di programmazione (con l'adozione di una maggiore flessibilità del piano di zona nella riprogrammazione annuale) è un'esperienza nuova nel panorama nazionale; l'accento sul monitoraggio delle risorse (finanziamenti e costi) e dell'utenza servita dal sistema di offerta rappresenta un altro aspetto di differenziazione della Regione Veneto rispetto alle altre Regioni, che hanno dato in genere priorità al monitoraggio dei processi di costruzione dei piani di zona, piuttosto che ai contenuti della programmazione stessa. Sotto questo profilo tuttavia, l'esperienza che i territori del Veneto possono vantare nel monitoraggio degli interventi e nel confronto sugli stessi rappresenta un aspetto fortemente anticipatore di ciò che sta accadendo nei tavoli nazionali che, in diversi ambiti, sono impegnati nel promuovere il confronto tra i sistemi di risposta ai cittadini con una forte attenzione ai contenuti, ai costi degli interventi, alle fonti di finanziamento che li sostengono, alla capacità di copertura della popolazione di riferimento. La scelta della Regione Veneto, confermata anche con le ultime linee guida regionali, è stata quella di spingere i territori a confrontarsi proprio su questi temi, lasciando ampi margini di libertà alle Amministrazioni locali sui processi operativi con i quali attuare la programmazione a livello territoriale, sia sul piano organizzativo (organizzazione ed articolazione dei comitati e dei tavoli di lavoro), sia nel governo dei processi di consultazione e concertazione con gli attori del territorio.

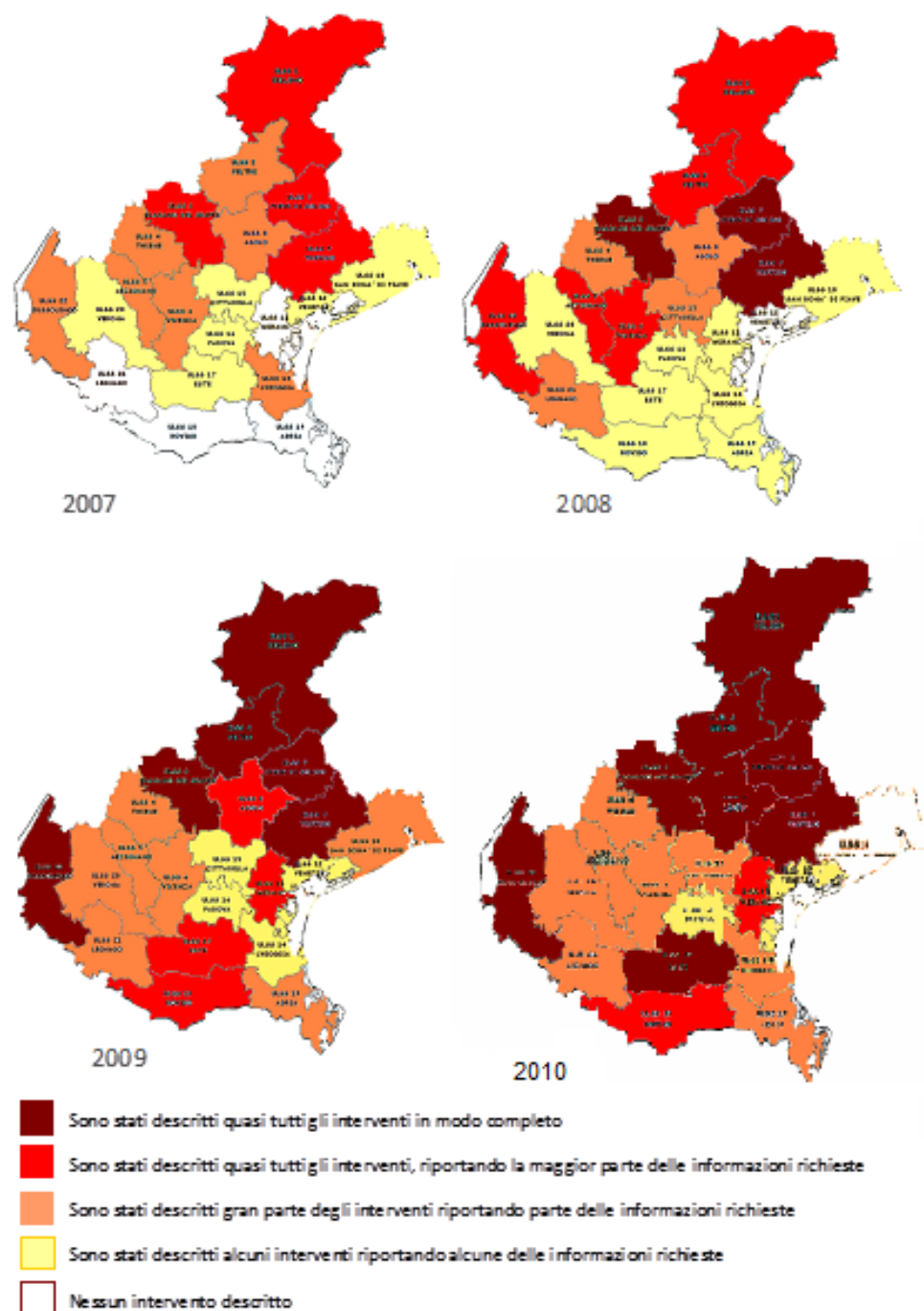
Circa la struttura organizzativa che presiede alla costruzione e al monitoraggio del piano di zona, nelle linee guida regionali i diversi livelli di governo del piano sono articolati nel modo seguente: organo di governo politico, composto dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci del territorio e dal Direttore Sociale; gruppo di coordinamento tecnico, composto dai referenti dei tavoli tematici, dall'Ufficio di Piano e presieduto dal Direttore Sociale; tavoli tematici, che vedono il coinvolgimento degli attori sociali del territorio e possono avere una diversa articolazione locale in base alla complessità della rete degli attori.

L'articolazione della struttura organizzativa spesso riflette le modalità di integrazione tra gli attori del territorio, con particolare riguardo al livello di condivisione e partecipazione degli enti locali ed al ruolo giocato dal privato sociale; le differenze che ancora oggi permangono su base regionale nell'articolazione e composizione dei tavoli di lavoro e dei gruppi di coordinamento tecnico riflettono i diversi equilibri che si sono stabiliti localmente tra gli attori del sistema. Certamente, in una logica di sviluppo, vanno pensati meccanismi incentivanti l'integrazione tra i soggetti, per favorire un processo di programmazione che si muova sempre più nella prospettiva del welfare comunitario. Le modalità di attuazione dei processi partecipativi rappresentano infatti un elemento poco monitorato in Regione, che tuttavia potrebbe permettere di cogliere importanti elementi di riflessione sulla definizione delle risposte per i cittadini di un territorio, soprattutto nella fase di forte criticità che si sta attraversando sul fronte delle risorse economiche.

Più strutturato è invece il monitoraggio dei contenuti della programmazione, ovvero del sistema di offerta che in ciascun territorio è stato sviluppato e viene alimentato. Tale monitoraggio si fonda su due strumenti integrati: la rilevazione annuale dei dati sugli interventi e la relazione valutativo-previsionale che qualifica le scelte compiute ed i risultati raggiunti. Anche tali strumenti sono cambiati nel tempo e stanno assumendo connotazioni diverse con il passaggio alla nuova programmazione:

- Da percorsi sperimentali stanno divenendo processi strutturali nella gestione del piano di zona, sia sul fronte normativo, sia nell'esperienza concreta, come mostra anche il grafico seguente che illustra il grado di copertura della rilevazione regionale sui piani di zona negli anni 2007-2010;
- Il lavoro compiuto nei 4 anni di sperimentazione ha portato i territori della Regione a condividere classificazioni, linguaggi e contenuti del monitoraggio, rendendo possibili le analisi che vengono riportate nel presente report. Molto di questo lavoro è stato possibile grazie alla costituzione ed al consolidamento degli Uffici di Piano, quali luoghi tecnici di supporto alla programmazione locale ed al processo di raccolta e verifica dei dati di monitoraggio. Il monitoraggio sta progressivamente attuando la necessaria integrazione con gli altri sistemi informativi che insistono sull'offerta (interventi per la prima infanzia, per le persone anziane o con disabilità, ecc) per consentire la riduzione del carico di lavoro legato alla rilevazione, l'avvicinamento della raccolta del dato presso l'ente che lo produce (tipicamente il soggetto responsabile della gestione), la riduzione nella duplicazione delle informazioni e l'aumento dell'affidabilità delle stesse.
- La relazione valutativo-previsionale cambia volto con l'introduzione del piano di zona 2011-2015, poiché la maggiore flessibilità del piano di zona a livello annuale comporta la necessità di anticipare la fase previsionale, lasciando alla relazione l'essenza più valutativa, con il compito di qualificare il monitoraggio annuale degli interventi.

Grafico . I dati raccolti nell'ambito della rilevazione che ha accompagnato la valutazione dei piani di zona

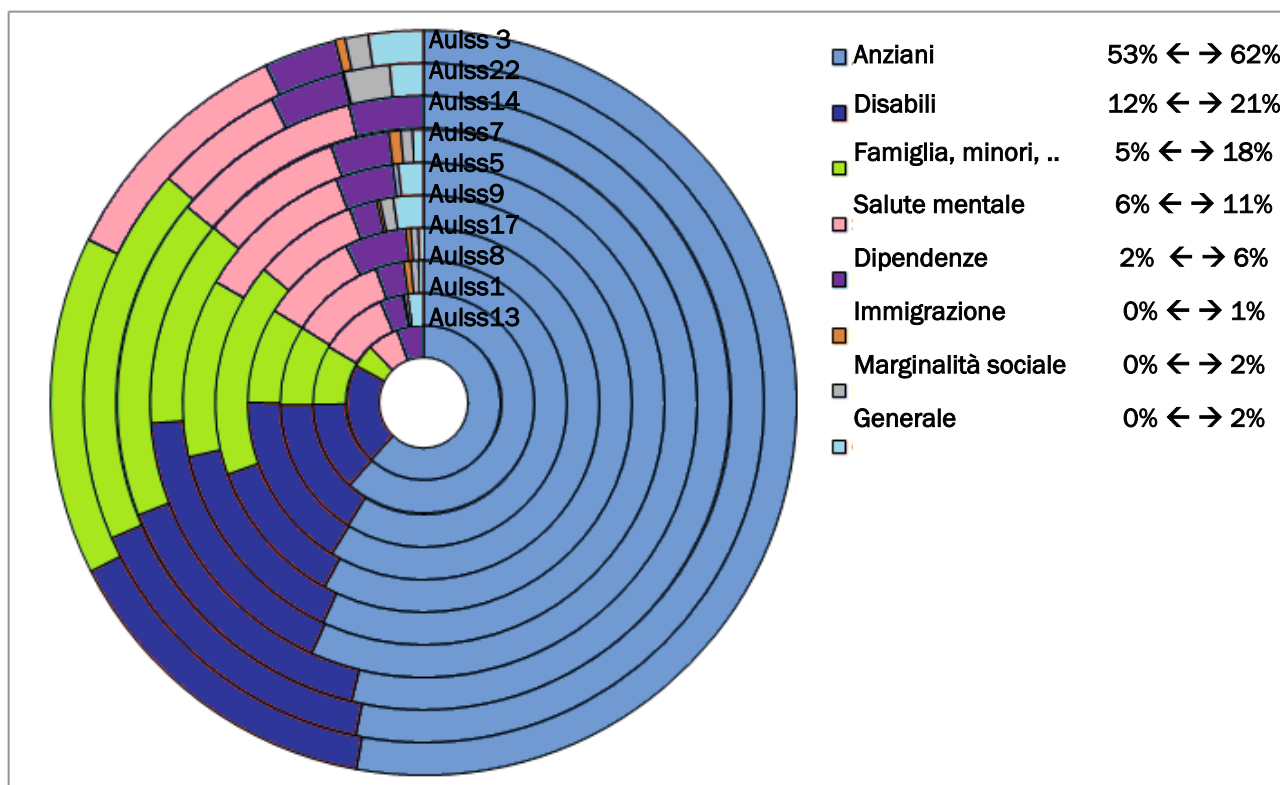


Sulla base di tali premesse, il presente report di monitoraggio è stato sviluppato con lo scopo di analizzare i dati relativi al 2010 e di porli in relazione con le rilevazioni effettuate negli anni precedenti. Poiché si tratta di un periodo nel quale il monitoraggio è stato sviluppato e adattato progressivamente per aumentare l'adeguatezza dei dati raccolti e favorire il confronto tra i territori, non è possibile rendere conto dei cambiamenti intervenuti nel quadriennio; dal 2007 ad oggi la copertura della rilevazione è aumentata notevolmente ed i confronti sono possibili soprattutto con i dati 2009, allo scopo di verificare la stabilità e l'affidabilità dei dati raccolti. Nei capitoli successivi, laddove sia possibile, tali confronti sono messi in evidenza.

La rete di offerta per la popolazione veneta risulta essere molto diversificata e, come si potrà leggere attraverso il report, le analisi condotte grazie al monitoraggio dei piani di zona consentono di affermare che nel periodo 2007-2010 si è osservata una certa stabilità dell'offerta. Sarà interessante rilevare se la fase economica che si sta attraversando, con il taglio del fondo per le politiche sociali, produrrà impatti diretti sulla rete di offerta per la popolazione.

Una prima importante dimensione che la descrizione dell'intero sistema di offerta ha permesso di approfondire riguarda la finalizzazione delle risorse economiche investite, ovvero la ripartizione dell'ammontare del finanziamento per singola area di intervento, tenendo conto dell'insieme delle risorse economiche che complessivamente sostengono gli interventi del piano (regionali, comunali, dell'utenza). Nell'interpretazione di tale indicatore è importante tenere presente che le risorse destinate alle singole aree di intervento sono determinate principalmente da due fattori: la spesa storicamente sostenuta e difficilmente riconvertibile e le scelte politiche effettuate a livello regionale e locale.

Grafico: La distribuzione delle risorse per area di intervento, anno 2010



Risorse economiche : risorse in entrata (o finanziamenti) che vengono successivamente allocate per l'acquisizione dei fattori produttivi (personale, beni di consumo e beni di investimento). I finanziamenti comprendono sia gli apporti di capitale da fonti esterne (ad es. Regione e Compartecipazione degli Utenti) sia quelli interni. Si tratta di risorse pubbliche e private.

Gli interventi presi in considerazione comprendono tutti gli interventi (U.d.O e gli I.c.P) ad eccezione degli interventi riportati nel gruppo "Altro", dell' "Assistenza domiciliare medico-infermieristica", indicata solo in alcuni piani di zona, dell' "Assistenza Domiciliare Integrata (ove non compresa nell'Assistenza domiciliare socio-assistenziale)", dei "Contributi economici per i servizi scolastici", del "Servizio di Neuropsichiatria Infantile" e del "Servizio di neuropsichiatria, psicologia e riabilitazione" dell'area disabilità. Inoltre le "Rette per interventi residenziali e semi-residenziali" sono state trascurate per contenere il rischio di doppi conteggi mentre gli altri interventi sono stati trascurati per aumentare il grado di confrontabilità.

Gli interventi SVP e Hospice sono riportati nell'area Generale poiché non sono rivolti esclusivamente all'area anziani ma ad un target più ampio.

fonte: dati monitoraggio Piani di Zona . Anno 2010

I territori per i quali è disponibile l'analisi sulle risorse del piano sono quelli caratterizzati da una maggior completezza delle informazioni sia a livello di mappatura degli interventi che per la descrizione dell'ammontare delle risorse impiegate per area di intervento.

L'analisi conferma la distribuzione mappata nelle rilevazioni degli anni precedenti:

- La distribuzione delle risorse finanziarie per area di intervento vede prevalere, come prevedibile, l'area degli interventi a favore della popolazione anziana che assorbe più del 50% dell'investimento complessivo (dal 53% al 62%).
- Secondo i dati raccolti nell'ambito della valutazione dei piani di zona della Regione Veneto, in termini di risorse economiche l'area socio-sanitaria sembra prevalere sull'area degli interventi sociali. Quote consistenti sono assorbite dall'area "Disabili" (12% - 21%) e dell'area "Salute mentale" (6% - 11%). Anche l'area degli interventi a contrasto della dipendenze assorbe una quota non trascurabile con un peso percentuale che varia tra il 2% e il 6%.
- L'area degli interventi rivolti ai minori e alle loro famiglie, caratterizzata da molteplici obiettivi che vanno dal sostegno ai genitori nella cura e nell'educazione dei figli (Prima infanzia), alla tutela dei minori in stato di disagio e all'informazione e all'orientamento dei giovani, assorbe una percentuale di risorse che arriva al 18% di quanto allocato con i piani di zona e si può notare come la variabilità tra i territori sia elevata, in modo ancor maggiore rispetto alle altre aree (il range varia dal 5 al 18%).
- Risultano decisamente minoritarie le aree degli interventi attuati per fronteggiare i bisogni delle persone in condizione di marginalità e per rispondere alla necessità di integrazione mossa dalla presenza sempre più rilevante in tutto il territorio regionale di una parte di cittadini che provengono da paesi stranieri. Si sottolinea che queste due aree non sono state prese in considerazione da tutti i territori: nella descrizione della rete dei servizi presenti che ha accompagnato la pianificazione integrata, infatti alcuni territori non hanno previsto sezioni specificatamente dedicate all'area immigrazione o all'area marginalità sociale¹.

Al di là delle indicazioni regionali che tendono ad omogeneizzare alcuni comportamenti, le reti locali degli interventi attuati per rispondere ai bisogni delle fasce più deboli della popolazione caratterizzano ancora ciascun territorio in modo differenziato.

Le scelte settoriali e i dati sulle risorse sono indicatori fondamentali in relazione alle prospettive di evoluzione futura del sistema ed andranno pertanto osservati con continuità, sostenendo il progressivo miglioramento nella definizione dei contenuti del piano di zona, nonché nelle modalità di rilevazione dei dati di natura economica.

¹ Nel piano di zona del territorio afferente alle aulss n°4, 5 e 22 non è prevista l'area "immigrazione"; nei piani di zona dei territori afferenti alle aulss n°2, 4, 12, 15 non è prevista l'area "marginalità sociale".

Il target di intervento di quest'area è composto da persone affette da disturbi psichici e dalle loro famiglie. Spesso si tratta di persone affette da patologie multiple, talvolta collegate a problemi di dipendenza da sostanze o a problematiche di tipo sociale ed economico.

Nell'ambito dei servizi sociali e socio-sanitari programmati con i piani di zona, l'area degli interventi rivolti alla popolazione con disagio mentale sembra assorbire una quota consistente della spesa complessiva e la presenza di tale area nel piano di zona sottolinea l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria quale aspetto qualificante delle risposte per gli utenti.

I dati raccolti nell'ambito del monitoraggio del piano di zona 2007-2010 permettono di approfondire l'analisi degli interventi socio-sanitari erogati nella Regione Veneto per sostenere le persone con problemi di disagio mentale. Va segnalato che per l'anno 2010 gli strumenti messi a disposizione per la descrizione del sistema di servizi e interventi dell'area salute mentale sono stati adeguati secondo quanto previsto nella Dgr n. 1616 del 17/07/2008 "Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali")" e dalla Dgr n. 651 del 09/03/2010 "progetto obiettivo regionale per la tutela della salute mentale (2010-2012)".

Dalle analisi dei dati, si riscontra che alcuni territori non hanno monitorato la totalità degli interventi realizzati in quest'area di intervento o si sono concentrati solo su una parte dell'ammontare complessivo delle risorse destinatevi, dando priorità ad altre aree di intervento o ad interventi di quest'area che assorbono maggiori risorse.

6.1 Il sistema di offerta

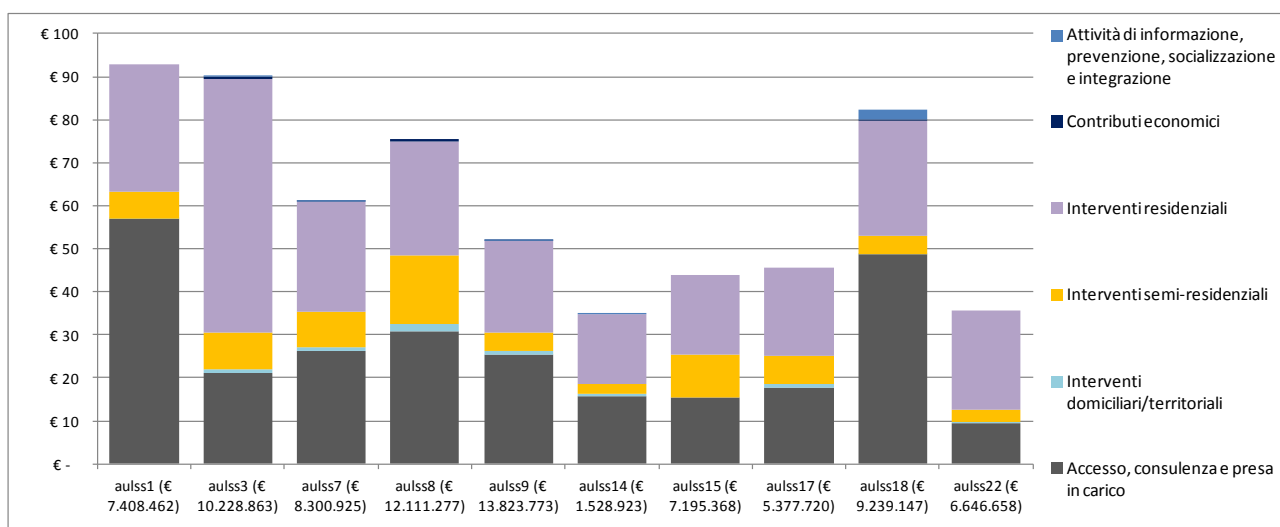
Nella Regione Veneto le tipologie di intervento erogate per il benessere psichico mentale della popolazione programmate con i piani di zona sono raggruppabili in almeno 6 differenti macro-tipologia:

- interventi per l'accesso, la consulenza e la presa in carico (ad esempio: centro di salute mentale, sportelli sociali tematici, supporto all'inserimento lavorativo);
- interventi domiciliari/territoriali (ad esempio: assistenza domiciliare socio-assistenziale, trasporto sociale, ecc.);
- interventi semi-residenziali (ad esempio: day hospital territoriale, centro diurno, ecc.);
- interventi residenziali (ad esempio: comunità terapeutica, comunità alloggio, gruppo appartamento protetto, ecc.);
- sostegno economico (ad esempio: assegnazioni economiche per il sostegno alla domiciliarità, contributi ad integrazione del reddito, ecc.);
- interventi per la socializzazione, la prevenzione e l'informazione (ad esempio: servizi di prossimità, buon vicinato, gruppi di auto-aiuto, interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio, attività ricreative di socializzazione, ecc.).

Per fornire una prima descrizione del sistema di offerta risulta interessante analizzare la rilevanza economica di ciascuna tipologia di intervento. Il grafico riportato di seguito presenta la distribuzione delle risorse complessivamente erogate (pubbliche e private come ad es. la compartecipazione dell'utenza) per macro-tipologia di intervento. I dati riportati sono ottenuti aggregando tutti gli interventi afferenti alla stessa tipologia e sommando le risorse attribuite a ciascuno di essi in fase di monitoraggio

2010. Il totale calcolato per ciascun gruppo/tipologia viene poi riportato al numero di residenti in età 18-64 anni, al fine di poter confrontare territori con popolazione differente.

Le risorse per residente in età 18-64 anni, per tipologia di intervento dell'area salute mentale – anno 2010



Risorse economiche : risorse in entrata (o finanziamenti) che vengono successivamente allocate per l'acquisizione dei fattori produttivi (personale, beni di consumo e beni di investimento). I finanziamenti comprendono sia gli apporti di capitale da fonti esterne (ad es. Regione e Compartecipazione degli Utenti) sia quelli interni. Si tratta di risorse pubbliche e private.

Gli interventi presi in considerazione comprendono tutti gli interventi (U.d.O e gli I.c.P) ad eccezione degli interventi riportati nel gruppo "Altro", dell'"Assistenza medico -infermieristica" e delle "Rette per interventi residenziali e semi-residenziali". I primi sono stati trascurati per aumentare il grado di confrontabilità mentre le rette sono state trascurate per contenere il rischio di doppi conteggi.

L'azienda Ulss 22 presenta dei finanziamenti parziali in due strutture residenziali.

fonte: dati monitoraggio Piani di Zona . Anno 2010

Dal grafico è evidente che l'ammontare delle risorse per persona residente in età 18-64 anni varia molto da territorio a territorio, passando da 35 euro a persona del territorio dell'Azienda Ulss 14 a 93 euro a persona dell'Azienda Ulss 1. Va ricordato che qui sono riportate dai territori le risorse relative agli interventi per persone con disagio mentale programmati attraverso il piano di zona e, quindi, non sono incluse tutte le tipologie di intervento e prestazione erogate a favore di questa fascia di popolazione.

La principale differenza tra i territori riguarda le risorse destinate agli interventi di accesso, consulenza e presa in carico che in alcuni territori risultano doppie rispetto a quelle di altre aziende ulss. Fra questi interventi un ruolo fondamentale viene svolto dai Centri di Salute Mentale e, in parte minore, anche dal Servizio Sociale Professionale dei Comuni. Altri interventi rilevati da alcuni territori sono il supporto all'inserimento lavorativo (SIL) ed il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. La diversità delle risorse pro-capite può dipendere da molti fattori: certamente la quantità di servizi presenti nel territorio rappresenta un primo elemento e, inoltre, le modalità con cui gli interventi del CSM sono stati inclusi o esclusi nel monitoraggio dei piani di zona può comportare variazioni anche notevoli nell'ammontare delle risorse considerate. Va detto, tuttavia, che le indicazioni regionali relativamente al piano di zona 2011-2015 hanno cercato di togliere ambiguità in questo settore, chiarendo quali sono gli interventi che vanno programmati con il piano di zona e, quindi, monitorati annualmente. Ci si aspetta quindi che con il nuovo piano le differenze tra i territori legate all'inclusione/esclusione degli interventi dell'area salute mentale nel piano siano minori. Nonostante tali fattori, le diversità tra i territori restano consistenti e si tratta quindi di comprendere come gli interventi per l'accesso, la consulenza e la presa in carico siano articolati a livello territoriale, poiché assorbono quasi la metà delle risorse dedicate all'area salute mentale. Alcune aziende Ulss rilevano separatamente il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con quote di risorse anche molto consistenti; in altri casi sono presenti interventi specifici, quali l'ambulatorio di "psico-oncologia", che si sommano alle altre attività svolte relative al gruppo

dell'accesso. Infine, alcune attività del CSM possono essere state rilevate separatamente, quali ad esempio le azioni di prevenzione, di socializzazione, specifiche progettualità, ecc. e risultare quindi afferenti al gruppo di intervento "informazione, prevenzione, socializzazione, integrazione", anziché nel gruppo relativo all'accesso e alla presa in carico.

Un secondo elemento degno di nota è l'ammontare delle risorse per popolazione destinate agli interventi residenziali per persone affette da disagio mentale. Si tratta delle comunità terapeutiche residenziali protette (CTRP), delle comunità alloggio, dei gruppi appartamento protetto e delle comunità di tipo familiare per malati psichiatrici. Nel territorio dell'Azienda Ulss 3, come si può vedere dal grafico precedente, è presente una quota di risorse per residente in età 18-64 anni di molto maggiore alle altre aziende. Questa diversità è dovuta all'effettiva presenza nel territorio di un maggior numero di strutture, in particolare di comunità alloggio e gruppi appartamento che attraggono utenti non residenti nel territorio dell'azienda ulss (circa il 50% dei posti residenziali disponibili è occupato da utenti provenienti da comuni al di fuori dell'azienda ulss). In questo caso, quindi, l'alta incidenza delle risorse dedicate agli interventi residenziali è legata alle modalità di rilevazione del dato, che enfatizza la dimensione economica dei servizi presenti nel territorio, sebbene gli stessi possano servire utenti che provengono da altre zone.

Si può inoltre notare come in alcuni territori (Azienda ulss 8 in particolare) la risposta di tipo semi-residenziale sia più consistente rispetto ad altri, mettendo in evidenza come, negli anni, la struttura del sistema di offerta si sia differenziata su base locale.

Per favorire un confronto territoriale, le risorse per interventi residenziali e semi-residenziali sono comprensive dei trasferimenti per utenti che usufruiscono di servizi non situati nel territorio della Azienda ulss di competenza. L'utenza dell'area salute mentale si caratterizza infatti per un livello di mobilità regionale che non è possibile trascurare, come evidenziato ad esempio dal caso dell'Azienda Ulss 3.

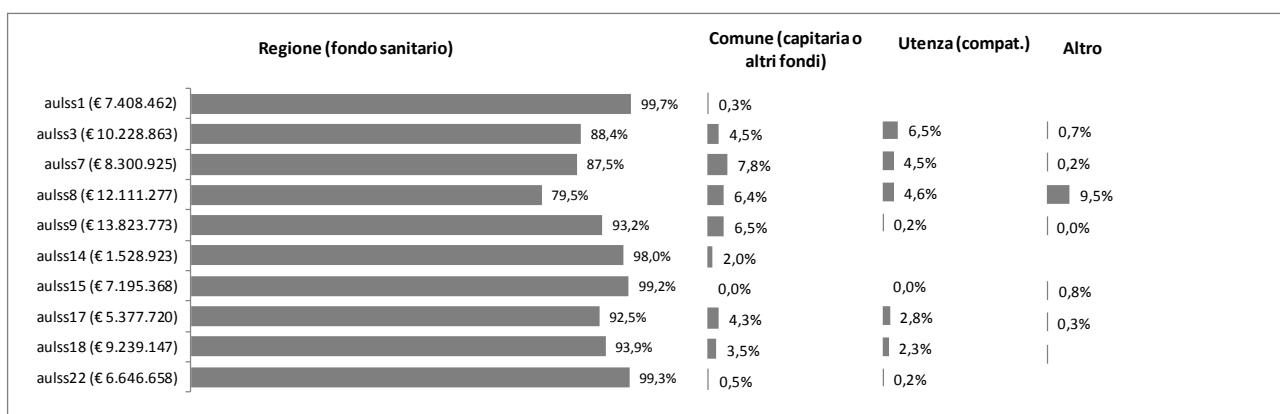
Le altre tipologie di intervento - la contribuzione economica (contributi economici ad integrazione del reddito familiare, contributi economici per l'inserimento lavorativo), gli interventi domiciliari (assistenza domiciliare socio-assistenziale, trasporto sociale) e gli interventi mirati all'integrazione, alla socializzazione e alla prevenzione (attività di prevenzione, attività ricreative di socializzazione, attività di informazione e sensibilizzazione, interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio) - assorbono quote di risorse molto ridotte e, in alcuni territori, non sono nemmeno quantificate. Mentre le prime due macro-tipologie di intervento sono erogate principalmente dai Comuni, le attività di socializzazione e prevenzione sono realizzate anche dall'azienda ulss (in particolare dal CSM) e dal privato no profit (con particolare riguardo ai gruppi di auto-aiuto e ad alcune attività di prevenzione).

6.2 Il finanziamento degli interventi

Dopo aver analizzato le tipologie di intervento, in questo paragrafo sono analizzate le fonti di finanziamento che sostengono il sistema di offerta dell'area salute mentale. Sono riportate tutte le risorse utilizzate per l'erogazione degli interventi provenienti sia da soggetti pubblici sia da soggetti privati. Inoltre è importante precisare che per ciascun intervento vengono rilevate tutte le risorse in "entrata" senza distinguere tra quelle utilizzate per gli utenti residenti nel territorio afferente all'aulss e quelle utilizzate per utenti provenienti da altre aulss del Veneto o da altre regioni italiane. La distinzione tra l'impegno di risorse per i cittadini della propria ULSS o di altre ULSS andrebbe sicuramente operata attraverso un ulteriore affinamento nella raccolta del dato relativo al numero degli utenti residenti dei servizi.

Nel grafico riportato di seguito viene indicata la provenienza delle risorse utilizzate nel 2010 per l'erogazione di tutti gli interventi sociali e socio-sanitari a favore delle persone con disagio mentale. Per ottenere i dati riportati di seguito si sono sommate tutte le risorse descritte per ciascun singolo intervento, distinguendo opportunamente in base alla fonte di provenienza. Posto pari a 100 il totale delle risorse utilizzate per erogare tutti gli interventi che compongono ciascun sistema di offerta locale (interventi per l'accesso, interventi domiciliari, interventi semi-residenziali e residenziali, contribuzioni economiche e interventi per l'integrazione, la socializzazione e la prevenzione) le percentuali sotto riportate indicano la quota proveniente da ciascuna fonte: regione, comune, utenza e altro. Il totale delle risorse, ottenuto sommando i dati relativi a tutti gli interventi rendicontati nel 2010, viene indicato tra parentesi vicino al nome dell'Azienda Ulss che identifica il territorio di riferimento.

Le fonti di finanziamento dell'Area salute mentale – anno 2010



Gli interventi presi in considerazione comprendono tutti gli interventi (U.d.O e gli I.c.P) ad eccezione degli interventi riportati nel gruppo "Altro", dell'"Assistenza medico-infermieristica" e delle "Rette per interventi residenziali e semi-residenziali". I primi sono stati trascurati per aumentare il grado di confrontabilità mentre le rette sono state trascurate per contenere il rischio di doppi conteggi.

L'azienda Ulss 22 presenta dei finanziamenti parziali in due strutture residenziali.

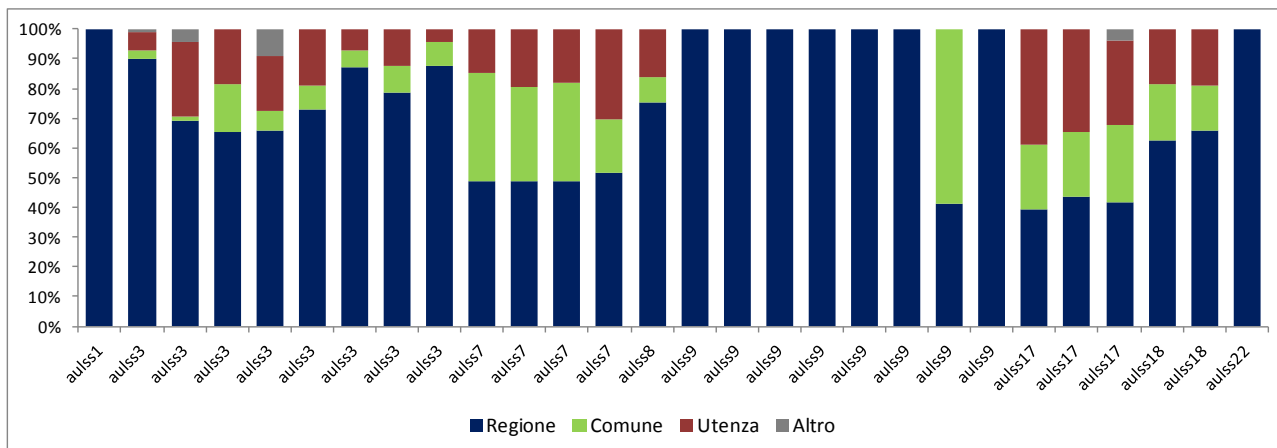
Per alcuni interventi delle aulss 3, 8, 9 e 17 non è distinto il totale del finanziamento per fonte.

Le risorse economiche che sostengono gli interventi dell'area salute mentale provengono quasi esclusivamente dalla Regione con una percentuale che si attese su valori prossimi al 90%. Fa eccezione la Azienda Ulss 8 in cui il 9,5% delle risorse proviene dagli autofinanziamenti che derivano dalle attività produttive degli utenti. Si conferma che quest'area di intervento ha una componente prevalentemente di tipo sanitario, poiché anche gli interventi semi-residenziali e residenziali sono sostenuti essenzialmente dalle quote pagate dalla Regione con il fondo sanitario e, solo in minima parte, da quanto erogato da Comuni e utenza. Gli interventi che attraggono maggiori risorse sono infatti il Centro di salute mentale e gli interventi residenziali. I centri di salute mentale risultano finanziati interamente della Regione mentre per i servizi residenziali si osserva, oltre al contributo della Regione che rimane determinante, qualche integrazione delle risorse da parte dei comuni, dell'utenza e di altri enti privati.

In particolare, mentre i Centri Diurni e le CTRP sono finanziati in modo quasi esclusivo con fondi sanitari regionali, diversa è la situazione delle Comunità Alloggio e dei Gruppi Appartamento Protetti.

Come si può notare dai grafici sotto riportati, in alcune Aziende ulss, oltre al finanziamento regionale, le strutture ottengono finanziamenti comunali e richiedono una compartecipazione all'utenza più o meno rilevante a seconda del territorio. Nelle comunità alloggio dell'Azienda ulss 17, ad esempio, il finanziamento dell'utenza è considerevole, raggiungendo per alcune unità di erogazione più del 35% del finanziamento complessivo. In altri territori, invece, gli utenti ed i comuni sembrano non compartecipare in alcun modo al finanziamento della struttura.

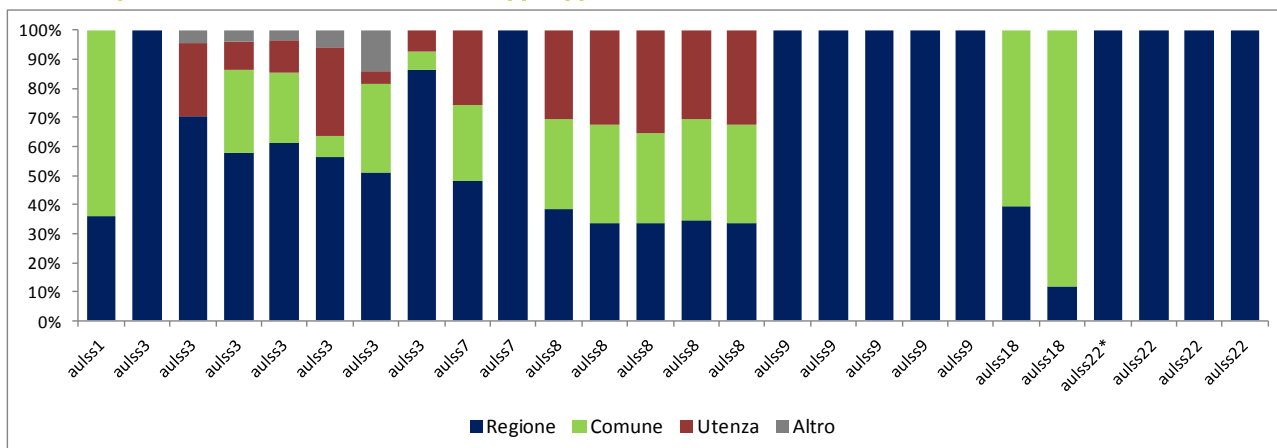
Le risorse per fonte di finanziamento delle Comunità alloggio- anno 2010



Ogni colonna del grafico l'incidenza delle diverse fonti di finanziamento di una specifica comunità alloggio.
 fonte: dati monitoraggio Piani di Zona . Anno 2010

Un andamento simile si presenta anche per i gruppi appartamento protetto in cui, per la maggior parte delle strutture, ad eccezione di quelle dell'azienda ulss 9 e 22, è presente un finanziamento comunale e/o una compartecipazione dall'utenza.

Le risorse per fonte di finanziamento dei Gruppi Appartamento Protetto - anno 2010



L'aulss 22 ha riporta un finanziamento parziale per un gruppo appartamento
 fonte: dati monitoraggio Piani di Zona . Anno 2010

6.3 I costi degli interventi

Come già detto per le analisi delle aree precedenti, un tratto distintivo della rilevazione che accompagna la valutazione e il monitoraggio dei piani di zona è rappresentato dal fatto che oltre a raccogliere informazioni sull'ammontare del finanziamento utilizzato, vengono raccolti anche i dati relativi ai costi di impiego, definiti come il valore economico espresso in termini monetari attribuito alle risorse impiegate e consumate nel processo di produzione ed erogazione del servizio.

Per quanto riguarda gli interventi residenziali e semi-residenziali dell'area salute mentale l'analisi dei costi è stata realizzata solo sulle tipologie di intervento per le quali erano disponibili un numero sufficiente di strutture monitorate, pertanto nella tabella seguente viene riportato il costo di quattro delle otto diverse tipologie di interventi residenziali e semi-residenziali presenti nella check-list a livello regionale. Per una corretta lettura è importante tener presente che il costo include: costo per il personale, costo per acquisto di beni sanitari e non, costo per acquisto di servizi, ammortamenti, costi indiretti, costi per l'affidamento di parti del servizio a soggetti terzi (outsourcing).

Più precisamente di seguito vengono riportate alcune informazioni sintetiche relative al costo per giornata di presenza calcolato, per ciascuna unità di erogazione, rapportando il costo totale annuale dell'intervento al numero complessivo delle giornate di presenza rendicontate per l'anno 2010. Ogni unità di erogazione è caratterizzata da un diverso costo per giornata di presenza. Per fare sintesi di costi per giornata di presenza diversi sono state calcolate 3 statistiche². Nelle prime due colonne della tabella seguente sono riportati il numero di territori che hanno fornito dati sui costi delle strutture e il numero di unità di erogazione (n° ude) su cui sono calcolate le statistiche di sintesi. Le successive tre colonne identificano il valore mediano del costo per giornata presenza per ciascuna tipologia di intervento e forniscono una prima indicazione di quello che potremmo definire il range di riferimento nella variabilità dei costi per giornata di presenza, incluso tra il 1° ed il 3° quartile della distribuzione.

Costi per giornata di presenza delle strutture residenziali e semi-residenziali - area salute mentale

	n° territori*	n° ude	mediana	1° quartile	3° quartile
Comunità terapeutica residenziale protetta (CTRP)	10	20	139,9	127,9	193,3
Comunità alloggio	10	37	100,0	89,6	108,7
Gruppo appartamento protetto	7	25	51,9	38,0	60,5
Centro diurno	10	27	80,5	60,7	96,7

* I territori che hanno fornito dati di costo sono: *aulss1, aulss2, aulss3, aulss4, aulss8, aulss9, aulss15, aulss17, aulss18, aulss22*

Fonte: Progetto "Welfare Veneto – la Governance dei Piani di Zona", elab. Università Cà Foscari Venezia (dati scaricati il 28.10.11)

Pur con variabilità elevate per ciascuna tipologia di intervento i dati mostrano come il costo per giornata di presenza in Comunità terapeutica residenziale protetta sia il più elevato, coerentemente con l'aspettativa che tali strutture effettuano prestazioni a carattere maggiormente sanitario per profili di utenza con maggiori gravità. Si può osservare, inoltre, che il terzo quartile della distribuzione presenta un valore molto elevato che si attesta attorno ai 190 euro per giornata di presenza: ciò vuol dire che 5 delle 20 strutture mappate hanno costi per giornata di presenza uguali o superiori a €190/gg di presenza.

² Ordinando i costi dal più basso al più elevato, le statistiche presentate hanno lo scopo di fornire indicazioni sui valori che tagliano la distribuzione in 4 parti: il 25% delle unità di erogazione ha un valore di costo inferiore al 1° quartile; il secondo 25% delle unità di erogazione ha un valore compreso tra il 1° quartile e la mediana (che spezza a metà la distribuzione dei costi); un altro 25% di unità di erogazione ha un valore di costo compreso tra la mediana e il 3° quartile; l'ultimo 25% delle unità di erogazione ha un valore superiore al 3° quartile.

La seconda tipologia di intervento in termini di costo è rappresentata dalla Comunità alloggio. Su questa tipologia di intervento le informazioni sui costi sono disponibili per 37 Comunità ed il costo mediano (100 euro a giornata di presenza) ha una variabilità abbastanza contenuta rispetto alle altre tipologie di intervento descritte in tabella [89-108].

Un altro elemento di interesse riguarda sicuramente i centri diurni. Tali interventi, nonostante abbiano un'estensione temporale limitata nell'arco della giornata, hanno costi per giornata di presenza importanti [valore mediano 80,5 euro a giornata di presenza; variabilità tra 60,7 e 96,7 euro]. Come si è visto per i centri diurni rivolti alle persone anziane, disabili e per i minori, tali interventi hanno in genere un'incidenza molto elevata dei costi di trasporto e dei costi del personale dedicato alle attività di integrazione delle persone nel proprio contesto familiare e sociale.

Infine, l'intervento con il minor costo mediano per giornata di presenza è il gruppo appartamento protetto; ciò è coerente con gli standard di tale intervento che si fondano sull'ipotesi che le persone inserite in tali servizi abbiano maggiori capacità di autonomia e necessitino quindi di una minore presenza assistenziale qualificata. Come si può notare, tuttavia, i costi per giornata di presenza hanno un'elevata variabilità, con un range che varia da 38 euro a 60,5 euro a giornata di presenza. Sarebbe interessante capire se tale variabilità sia legata a diversi modelli organizzativi o se essa sia invece collegata ai profili delle persone inserite e quindi ai livelli di autonomia/dipendenza delle stesse.

I diversi capitoli del report tentano di fornire una panoramica delle analisi dei dati raccolti con il monitoraggio annuale dei piani di zona relativo all'anno 2010. Il periodo di programmazione 2007-2010 ha rappresentato una fase di sperimentazione del percorso avviato a livello regionale per promuovere la costruzione di piani di zona con logiche maggiormente condivise tra i territori regionali; l'intento è stato quello di costruire dei percorsi finalizzati a monitorare i piani e consolidare la presenza degli uffici di piano, quali strutture tecniche che, a livello territoriale, supportano il processo di costruzione e monitoraggio dei piani di zona. Tale sperimentazione ha richiesto la messa a punto di strumenti dedicati (ad esempio il web regionale per i piani di zona), la costituzione degli uffici di piano e la loro formazione, l'attivazione di processi di condivisione delle esperienze territoriali, di confronto e co-costruzione delle modalità di rilevazione e monitoraggio dei dati. Ciò ha comportato l'attivazione di un percorso incrementale rispetto al quale i territori regionali si sono mossi con diverse velocità, come tentano di schematizzare le cartine presentate ad inizio del report. Inoltre, la fase sperimentale ha richiesto di introdurre correttivi e integrazioni all'azione di monitoraggio, richiedendo ai territori uno sforzo di adattamento successivo negli anni finalizzato a chiarire e condividere le modalità di rilevazione e analisi dei dati. Tali aspetti rendono difficile poter effettuare confronti tra le annualità, poiché sono in parte cambiati sia il grado di copertura della rilevazione (ovvero la capacità dei territori di raccogliere informazioni complete su tutti gli interventi programmati con i piani di zona) sia le scelte tecniche connesse alle modalità di raccolta dei dati.

È stato compiuto un grande sforzo da parte dei territori: la ricchezza informativa oggi disponibile a livello locale e regionale è basata sullo sforzo degli operatori dei servizi e degli uffici di piano che sostengono una massiccia azione di rilevazione annuale dei dati. Si tratta ora di passare dalla fase sperimentale al consolidamento dei percorsi intrapresi, affinché sia possibile effettuare non solo il confronto tra i territori della regione, ma anche una lettura longitudinale dei dati, che permetta di cogliere i cambiamenti che stanno intervenendo nel sistema di welfare. Per sostenere tale fase di consolidamento, la Regione si è assunta alcuni impegni:

- favorire il processo di rilevazione semplificando la raccolta delle informazioni e riducendo la molteplicità di flussi presenti;
- integrare la programmazione regionale e quella locale effettuata tramite i piani di zona, per consentire ai territori una più efficiente ed efficace programmazione;
- consolidare la struttura del monitoraggio annuale dei dati per consentire ai territori di sviluppare i propri sistemi informativi a supporto ed evitare continui adattamenti;
- continuare a supportare gli uffici di piano, quali organismi tecnici che consentono di promuovere la condivisione dei linguaggi e delle modalità di raccolta e analisi dei dati.

I capitoli del report illustrano i punti di forza e le criticità ancora presenti nel sistema di offerta socio-sanitario della Regione e nel processo di monitoraggio degli interventi.

Si è giunti ad acquisire informazioni su costi e fonti di finanziamento di molte tipologie di intervento, favorendo la possibilità per il livello locale di avere dei riferimenti regionali che consentano di orientare la propria programmazione e la definizione dei rapporti tra pubblica amministrazione e gestori dei servizi. Su alcuni aspetti si riesce anche a fornire indicazioni sulla copertura della popolazione, ovvero sulla capacità di intercettare o rendere disponibili particolari tipologie di intervento ai cittadini. Si è ormai in grado di fornire informazioni sulle tipologie di intervento presenti nelle diverse aree; sull'equilibrio tra interventi residenziali, semi-residenziali, domiciliari ed erogazioni economiche; sulle principali fonti di finanziamento che sostengono gli interventi per le diverse fasce di popolazione.

Restano alcuni aspetti molto diversificati tra i territori: squilibri nella disponibilità dell'offerta; diversità nelle forme di risposta; difficoltà nell'individuare strategie e modalità comuni di risposta in alcuni ambiti chiave.

Il sistema di accesso rappresenta certamente uno dei nodi più critici della rete di offerta a livello regionale. Nel report relativo ai dati 2010 è stato dedicato uno specifico paragrafo agli interventi per l'accesso dei cittadini ai servizi sociali e socio-sanitari, proprio perché il monitoraggio dei piani di zona mette in luce molte diversità, legate non soltanto alla quantità di risorse economiche dedicate a livello locale a tali interventi, ma anche, e soprattutto, alle tipologie di intervento attivate a livello territoriale. Sono presenti infatti a macchia di leopardo sportelli rivolti a specifiche fasce di popolazione (informa handicap, sportello immigrati, ecc..), porte unitarie per l'accesso ai servizi, sportelli per l'integrazione socio-sanitaria, ecc.. Inoltre, molti territori includono in tali interventi il lavoro delle assistenti sociali finalizzato alla presa in carico dell'utenza, mentre in altri casi lo sportello è pensato come luogo di prima informazione e orientamento. Relativamente al sistema di accesso è necessario quindi avviare dei processi di riflessione che permettano di trovare una condivisione sugli obiettivi (porta unitaria per l'accesso a tutti i servizi o sportello per l'integrazione socio-sanitaria?) e sulle funzioni degli interventi di accesso (orientamento, informazione, consulenza, presa in carico..).

La rete di intervento che caratterizza l'area famiglia, infanzia, adolescenza, minori e giovani sembra variare sensibilmente da territorio a territorio. Va tenuto conto che si tratta di un'area con competenze molto ampie in termini di tipologia di popolazione cui risponde e che le competenze principali in materia di famiglia e minori sono attribuite ai Comuni, che possono assolverle direttamente o mediante la delega alle Aziende Ulss. Le diverse organizzazioni che i territori si sono dati hanno un effetto sul tipo e la quantità di interventi disponibili e, infine, sulla varietà di processi di integrazione presenti tra gli interventi. Relativamente ai servizi per la prima infanzia il monitoraggio dei piani di zona non è ancora riuscito a descrivere l'intera offerta per la popolazione: un maggiore sforzo dovrà essere indirizzato nella mappatura degli interventi a gestione privata e delle nuove forme di risposta rivolte ai bambini in fascia 0-3 anni, quali ad esempio i nidi in famiglia. Un ulteriore lavoro di affinamento in fase di realizzazione è legato alle attività del consultorio familiare e agli interventi rivolti ai minori, con specifico riferimento alle risposte per coloro che sono soggetti a tutela. Infine, va ricordato che negli ultimi anni in quest'area sono state emanate diverse linee guida regionali (relative ai consultori familiari, la tutela minori, le adozioni, ecc.) che hanno attivato un processo di riorganizzazione che muove in due direzioni principali:

- la centralità delle famiglie, con la sperimentazione di nuove forme di supporto orientate all'attivazione di reti di famiglie, la promozione del marchio famiglia per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e l'adozione da parte delle imprese di politiche "amiche della famiglia";
- l'orientamento alla riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione dei minori a rischio e la contestuale promozione dei percorsi di affido familiare e dei supporti al minore nel proprio contesto familiare.

A conclusione dei piani di zona 2007-2010 il monitoraggio degli interventi afferenti all'area anziani consente di iniziare ad avere dei range di riferimento sia in relazione ai costi degli interventi, sia in relazione alle diverse fonti di finanziamento degli stessi. In particolare, il sistema di finanziamento che caratterizza la regione Veneto può essere sintetizzato come segue:

- La maggior parte delle risorse che sostengono gli interventi per le persone anziane provengono dai fondi regionali e dall'utenza che, in parti quasi uguali, coprono quasi l'85% del fabbisogno totale dell'area;

- Sia le risorse provenienti dall'utenza sia quelle provenienti dalla Regione sono rivolte principalmente ad interventi residenziali e, in seconda battuta, ai semi-residenziali; le risorse dedicate al sostegno della domiciliarità sono decisamente inferiori, sebbene vada ribadito che mentre le risorse pubbliche sono incluse nella programmazione, le risorse delle famiglie riguardano la compartecipazione ai servizi e non l'acquisto di prestazioni e servizi in ambito strettamente privato (assistenti familiari); l'apporto degli utenti e le risorse complessivamente dedicate al sostegno alla domiciliarità sono quindi attualmente sottostimate;
- Le risorse dei Comuni sono rivolte principalmente ad interventi dell'area della domiciliarità, dell'accesso, dell'integrazione, socializzazione e prevenzione.

Uno specifico approfondimento svolto sui dati del 2010 riguarda i costi dell'assistenza domiciliare integrata: il lavoro compiuto mette in luce come gli utenti per i quali è attivato tale intervento richiedano un maggior investimento di risorse sia sul fronte degli accessi sociali (operatore socio-sanitario) sia sul fronte degli interventi sanitari: il costo della presa in carico domiciliare di tali utenti è quasi doppio rispetto a coloro che usufruiscono soltanto dell'intervento SAD, coerentemente con l'aspettativa che i profili di gravità di tali persone siano diversi.

Per quanto riguarda gli interventi per le persone con disabilità, la maggior parte delle risorse economiche dedicate all'area sono assorbite dai servizi semiresidenziali (in particolar modo i centri diurni per persone con disabilità) e dagli interventi residenziali. In quasi tutti i territori, queste due forme di risposta assorbono oltre il 70% delle risorse economiche dell'area e rappresentano di fatto la modalità consolidata con la quale si risponde alla maggior parte delle persone con disabilità. I Centri Diurni rappresentano la forma di risposta più importante in quasi tutti i territori e, come è possibile vedere dalle analisi sui costi, sebbene offrano una risposta diurna, hanno un'elevata incidenza sulla quota di risorse dell'area.

Il peso economico della categoria "interventi domiciliari - territoriali" risulta più contenuto ma consistente. In questa categoria gli interventi più rilevanti in termini di assorbimento di risorse risultano essere il sostegno socio-educativo scolastico, il trasporto sociale e l'assistenza domiciliare socio-assistenziale.

Le componenti e la complessità della disabilità sono segnalate in costante aumento e comportano una richiesta sempre maggiore di integrazione tra componente sociale e sanitaria della risposta. La Regione Veneto ha già fatto parecchia strada in tale direzione e si tratta ora di portare a compimento i seguenti percorsi:

- l'adozione della Svamdi quale strumento che consente di associare i diversi profili dell'utenza alle varie forme di intervento;
- l'adozione di linee guida regionali che forniscano indicazioni e percorsi possibili per la risposta diurna e per la sperimentazione di nuove forme di risposta per le persone con disabilità lieve;
- l'individuazione delle modalità per affrontare la crescente domanda di residenzialità, anche attraverso l'avvio di percorsi di sperimentazione che promuovano forme di innovazione sociale.

Il monitoraggio dell'area della salute mentale restituisce un quadro di grande variabilità nella descrizione degli interventi tra i territori regionali. Le diversità tra i territori sono soprattutto in relazione agli interventi per l'accesso, la consulenza e la presa in carico che assorbono quasi la metà delle risorse dedicate all'area salute mentale. Si tratta di capire come tali interventi siano articolati a livello territoriale, poiché, ad esempio, alcune aziende Ulss rilevano separatamente il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con quote di risorse anche molto consistenti; in altri casi sono presenti interventi

specifici, quali l'ambulatorio di "psico-oncologia", che si sommano alle altre attività svolte relative al gruppo dell'accesso. Infine, alcune attività del Centro di Salute Mentale possono essere state rilevate separatamente, quali ad esempio le azioni di prevenzione, di socializzazione, specifiche progettualità, ecc. e risultare quindi afferenti al gruppo di intervento "informazione, prevenzione, socializzazione, integrazione", anziché nel gruppo relativo all'accesso e alla presa in carico. Attraverso il monitoraggio degli interventi si sono tuttavia raccolte alcune informazioni sui costi di alcuni servizi, quali la Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP), la comunità alloggio, il gruppo appartamento protetto, il centro diurno. Le recenti linee guida per i piani di zona 2011-2015 e le istruzioni per la rilevazione - anno 2012 hanno introdotto alcuni chiarimenti in merito al monitoraggio degli interventi relativi all'area salute mentale; tuttavia, sarebbe necessario attivare un confronto tra i territori per cercare di comprendere quanto la variabilità rilevata sia legata a diverse modalità di monitoraggio e quanto invece rappresenti un'effettiva diversità nell'offerta ai cittadini.

Il monitoraggio dell'area dipendenze mette in evidenza alcune specificità rilevanti. I dati mostrano una discreta variabilità nelle risorse pro-capite che ciascun territorio dedica all'area dipendenze, in parte collegata alla diversa distribuzione territoriale dei servizi, soprattutto per l'offerta residenziale, che risulta concentrata in alcune aree della Regione. Gli interventi che assorbono la quota principale di risorse sono quelli relativi all'accesso, alla consulenza ed alla presa in carico, in cui il SER.D. si conferma quale perno dell'accesso per le persone con problemi di dipendenza. Permangono diverse modalità, a livello locale, di descrizione delle attività del Ser.D.: a titolo di esempio ci si può riferire ai servizi alcolologia che in alcuni casi sono descritti separatamente, in altri casi inclusi nel Ser.D. La seconda tipologia di intervento che assorbe una quota significativa delle risorse dell'area è rappresentata dagli interventi residenziali che, come già segnalato, presentano una distribuzione regionale concentrata prevalentemente in alcune aree. Si tratta di un'area sostenuta soprattutto dai fondi sanitari regionali e solo in minima parte, e per prestazioni di natura sociale, dai Comuni e dall'Utenza, che contribuisce per il trasporto sociale, gli interventi di auto-mutuo-aiuto, l'assistenza domiciliare.

In termini di assorbimento di risorse l'area delle marginalità risulta minoritaria in tutti i territori della Regione. Nelle reti locali descritte quest'area di intervento assorbe complessivamente una quota di risorse che al massimo raggiunge il 2% della spesa complessiva. Anche se in alcuni casi mancano gli interventi affidati alle reti informali, al volontariato e agli enti religiosi, molte evidenze mostrano come siano decisamente limitate le risorse erogate per sostenere una parte della popolazione che, purtroppo, anche a causa della crisi economica, risulta in costante aumento in tutto il territorio regionale. Proprio per tale ragione sarebbe interessante approfondire le modalità di risposta da parte delle comunità locali a questa tipologia di utenza, capendo anche quali possano essere le strategie più appropriate per uscire da una logica emergenziale e realizzare delle vere politiche di intervento. A tale considerazione va certamente affiancata l'evidenza che i dati che provengono dal monitoraggio si riferiscono ai soli interventi programmati con i piani di zona mentre alcune delle azioni di supporto alle fasce di popolazione debole sono collegate ad altre programmazioni (si pensi alle esenzioni economiche per reddito in ambito sanitario o alle politiche tariffarie per l'accesso ad alcuni servizi rivolti ai cittadini, nonché a tutte le forme di tutela collegate al lavoro e, in particolare, alla perdita del posto lavorativo).

Dall'analisi dei dati raccolti nell'ambito della valutazione dei piani di zona 2007-2010 l'evidenza che emerge con maggior chiarezza è l'impossibilità di definire un quadro completo dei servizi offerti nell'area immigrazione. Come per l'area della marginalità sociale, la maggior parte degli interventi erogati per promuovere l'integrazione delle popolazione immigrata sembrano sfuggire all'attività di

rilevazione dei dati che accompagna il monitoraggio dei piani. Il motivo di questa lacuna è da cercare nella natura stessa degli interventi che spesso sono affidati a reti informali e meno strutturati, legati ad attività progettuali e non consolidate e, per alcuni versi, anche alla necessità di integrare le politiche territoriali che intervengono su fenomeni di questo tipo, che possono essere collegate alle politiche formative, abitative e del lavoro, quasi sempre escluse dai percorsi dei piani di zona.

La panoramica sopra rappresentata riassume in pillole i contenuti principali del report relativo al monitoraggio dei piani di zona per l'anno 2010. Emergono molti spunti per una lettura approfondita e specifica che è lasciata a ciascuno in base al proprio ambito di interesse; ne esce tuttavia anche un quadro che dovrebbe portare a riflettere sui percorsi futuri.

La crisi economica sta mettendo a dura prova la sostenibilità del welfare costruito in questi ultimi decenni e richiede di ripensare, in modo innovativo, alle forme di risposta fino ad ora utilizzate. Alcuni aspetti sono solo parzialmente visibili attraverso il monitoraggio del sistema di offerta: la difficoltà di alcune fasce di popolazione nell'accesso ai servizi; la contrazione delle risposte meno strutturate perché "più facilmente comprimibili" in carenza di risorse; il calo negli investimenti sullo sviluppo di nuove strutture per le difficoltà nella sostenibilità gestionale; si tratta di aspetti purtroppo noti tra gli addetti ai lavori e forse ancora poco visibili nei dati, in parte per i motivi citati ad inizio del presente capitolo.

Vi sono tuttavia alcune strade che si possono aprire, talune promosse anche dalle recenti politiche europee che orientano le strategie del prossimo decennio:

- il sostegno a processi di innovazione sociale, attraverso i quali proporre percorsi alternativi alle risposte consolidate, per ripensare al modo cui rispondere ai bisogni dei cittadini con fragilità;
- il recupero della sperimentazione sociale quale processo, anche metodologico, che dà valore ai risultati e tenta di riavviare la riflessione sull'outcome, da affiancare a quella sui costi ed i finanziamenti degli interventi; oggi siamo certamente sbilanciati su questo secondo aspetto mentre molto poco facciamo e conosciamo del primo;
- il tentativo di promuovere un ri-equilibrio tra le generazioni promuovendo la solidarietà tra le stesse; di fronte ad una popolazione che invecchia sempre di più, e sempre meglio, quali opportunità si offrono ai più giovani? Quali strategie si possono pensare per sostenere l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni?
- la sfida dell'integrazione tra le politiche e lo sviluppo di processi di governance locale che promuovano una visione strategica condivisa con il livello regionale, affinché ciascun intervento si collochi in quadro di prospettive a medio termine.

Si tratta certamente di stimoli importanti e di sfide difficili che, tuttavia, la nostra Regione dovrà saper maturare e cogliere per consentire ai propri cittadini livelli di risposta adeguati alle loro esigenze e una qualità di vita dignitosa.