



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Facoltà di Scienze Statistiche
Corso di Laurea in Statistica, Popolazione e Società

Tesi di laurea triennale

**LA VALUTAZIONE DEI PIANI DI ZONA:
IL CASO DEL VENETO**

Relatore: Prof. Bertin Giovanni

Laureanda: Zoccarato Martina

Matricola: 515469-SPT

Anno Accademico: 2006/2007

*Alla mia famiglia,
a Nicola,
ai miei amici
e a tutti coloro che mi
hanno aiutato nella
stesura di questa tesi*

INDICE

Nota metodologica	pag. 1
Capitolo 1 – Introduzione	pag. 3
1.1 Cos'è il Piano di Zona.....	pag. 3
1.2 Il Piano di Zona in Veneto.....	pag. 4
Capitolo 2 – La programmazione	pag. 6
2.1 Le fasi della programmazione.....	pag. 6
2.2 Gli attori.....	pag. 7
2.3 I contenuti.....	pag. 8
2.4 La struttura.....	pag. 10
2.5 Le risorse e il finanziamento.....	pag. 11
Capitolo 3 – La valutazione dei Piani di Zona e i sistemi informativi	pag. 13
3.1 Valutare il Piano di Zona.....	pag. 13
3.2 I sistemi informativi.....	pag. 14
3.3 I sistemi informativi statistici.....	pag. 15
3.4 I sistemi informativi statistici Regionali.....	pag. 16
3.5 L'integrazione.....	pag. 17
Capitolo 4 – I risultati della valutazione	pag. 19
4.1 La valutazione dei Piani di Zona in Veneto.....	pag. 19
4.1.1 <i>Informazioni utilizzate</i>	pag. 19
4.1.2 <i>Criticità</i>	pag. 21
4.2 Il contesto demografico.....	pag. 22
4.3 Le informazioni raccolte.....	pag. 25
4.4 L'attendibilità dei dati raccolti.....	pag. 26

4.5	Gli esiti dell'analisi (le informazioni rilevate).....	pag. 32
4.5.1	<i>Le priorità di intervento</i>	pag. 34
4.5.2	<i>L'efficienza: il costo per utente</i>	pag. 56
4.5.3	<i>La copertura della domanda</i>	pag. 64
4.5.4	<i>La gestione dei progetti</i>	pag. 67
4.5.5	<i>Il confronto tra progettato e realizzato</i>	pag. 71
4.5.6	<i>Conclusioni</i>	pag. 72
Capitolo 5	- I flussi informativi esistenti	pag. 73
5.1	I flussi.....	pag. 73
5.2	Le sovrapposizioni.....	pag. 78
Capitolo 6	– Conclusione	pag. 80
Bibliografia	.....	pag. 82

Nota metodologica

Per sostenere le scelte è necessario innanzitutto poter disporre di una base informativa che contenga dati e informazioni ordinati, internamente coerenti e dinamicamente aggiornati.

Nell'ambito delle politiche sociali avere una base informativa di supporto alla presa di decisioni risulta essere difficile e complesso poiché l'informazione è frammentata tra differenti protagonisti che, a diverso titolo e con ruoli diversi, sono collegati all'insieme di attività che fanno parte della vita sociale e del benessere di ciascun soggetto.

La presente tesi è volta ad approfondire il ruolo che l'informazione ha nelle decisioni che vengono assunte nella Regione Veneto in merito ai Piani di Zona, strumenti di programmazione del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari a livello territoriale.

In particolare l'attenzione è focalizzata sull'analisi dei servizi socio - sanitari esistenti alla fine dell'anno 2005 in ogni Aulss, in modo da far emergere dati generali sull'intera Regione ma anche (e soprattutto) informazioni che riguardano le disparità esistenti tra le varie Aziende.

Dall'analisi è emerso che le Aulss spesso adottano proprie definizioni e modalità di raccolta e di organizzazione dei dati. Queste disuniformità si rilevano sia confrontando tra loro i differenti ambiti territoriali sia all'interno di ciascuno di essi.

Si giunge, perciò, all'impossibilità di condurre una valutazione unica a livello regionale e, soprattutto, alla grande difficoltà di effettuare azioni di controllo e valutazione interne. Inoltre, molte Aulss faticano a fornire dati corretti: ciò spesso è dovuto alla mancanza di flussi informativi che permettano di avere, in ogni ambito, dati sempre aggiornati, di qualità e che rispondano effettivamente alle necessità dei soggetti che devono prendere decisioni.

In Veneto, infatti, nelle varie aree di intervento delle politiche sociali esistono molti flussi informativi nati con lo scopo di chiedere informazioni molto spesso unicamente a livello amministrativo e finanziario, tanto che molte volte risultano poco utili a fini decisionali. Inoltre, come sarà illustrato nel capitolo 5, alcuni di questi rilevano in

parte le stesse informazioni, così da far fornire ai soggetti erogatori dei vari servizi lo stesso dato e per più volte, con il rischio che alla fine il dato stesso non sia di buona qualità.

E' opportuno specificare che le analisi dei dati qui presentate non riguardano la totalità delle Aulss esistenti nella Regione, poiché non tutte si erano dotate di un organismo tecnico (Ufficio di Piano) che si occupasse dei processi di monitoraggio. I dati qui riportati fanno parte di un progetto promosso dalla Direzione Generale delle politiche sociali della Regione Veneto. I dati raccolti e analizzati nel suddetto progetto non sono ancora stati resi pubblici perciò in questa tesi non compariranno i nomi delle Aulss, bensì saranno presentati dati anonimi.

Capitolo 1 – INTRODUZIONE

1.1 Cos'è il Piano di Zona

I bisogni impongono un controllo del sistema di offerta dei servizi, non sempre adeguato sotto gli aspetti qualitativi e quantitativi, e spesso non idoneo a garantire le possibilità necessarie perché i diritti risultino garantiti, in particolare quelli dei soggetti più deboli che, molte volte, oltre a non essere in grado di soddisfare autonomamente i propri bisogni, non sempre riescono a manifestare domande pertinenti ai servizi.

In origine, nella metà degli anni '90, i Piani di Zona erano stati pensati come condizione e strategia per pianificare la crescita e il funzionamento dei servizi sociosanitari, in un contesto di integrazione delle politiche sanitarie e sociali, di garanzia di livelli essenziali di assistenza e di gestione degli interventi e dei servizi sociali.

Successivamente sono diventati, con la L. 8/11/2000 n. 328, il principale strumento della programmazione sociale e sono stati chiamati a perseguire due obiettivi: facilitare il governo dell'integrazione sociosanitaria e promuovere una nuova programmazione sociale, in grado di far coesistere le strategie di protezione con quelle di promozione, con riferimento alle aree di bisogno indicate dalla L. n. 328/00 e dalle altre norme che negli ultimi anni hanno definito in modo più ampio e dettagliato i punti fondamentali degli interventi sociali.

Il Piano di Zona è quindi lo strumento di programmazione del sistema dei servizi sociali a livello territoriale e ha l'obiettivo di promuovere lo sviluppo integrato dei servizi sociali e socio-sanitari e di coordinare il sistema di offerta attraverso l'utilizzo delle risorse disponibili. E' un documento programmatico con il quale i Comuni associati, di intesa con le Aulss, definiscono le politiche sociali e socio-sanitarie rivolte alla popolazione dell'ambito territoriale coincidente con il distretto sanitario.

Il Piano di Zona, in particolare, contestualizza le finalità e gli obiettivi definiti nel Piano Sociale Regionale in alcune aree ritenute strategiche, con riferimento alle

esigenze e ai bisogni locali. Questi obiettivi implicano, a livello locale, l'adozione di atti, l'attuazione di scelte, la predisposizione di strumenti che si delinearanno come specifici Piani di Zona.

In dettaglio, il Piano di Zona è uno strumento che deve:

- analizzare i bisogni e i problemi della popolazione sotto il profilo qualitativo e quantitativo;
- riconoscere e far operare le risorse professionali, personali, strutturali, economiche pubbliche, private (profit e non profit) e del Volontariato;
- determinare obiettivi e priorità nel triennio di durata del piano ;
- individuare le unità d'offerta e le forme organizzative coerenti, nel rispetto dei vincoli normativi e delle caratteristiche proprie delle singole comunità locali;
- stabilire forme e modalità gestionali volte a garantire interventi definiti in termini di efficacia, efficienza ed economicità;
- prevedere sistemi, caratteristiche, responsabilità e tempi per la verifica e la valutazione dei programmi e dei servizi.

1.2 Il Piano di Zona in Veneto

La legge regionale n. 56/1994 identificava il Piano di Zona come “...lo strumento privilegiato per conseguire l’integrazione istituzionale ed operativa tra attività sociali e sociosanitarie, che viene approvato dal Sindaco, qualora l’ambito territoriale dell’Azienda ULSS coincida con quello del Comune o dalla Conferenza dei Sindaci, con le modalità previste dal Piano Socio-Sanitario Regionale”.

La successiva legge regionale del 3 febbraio 1996, n. 5, con la quale è stato approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1996/1998, e la deliberazione n. 2865 del 5 agosto 1997, con la quale la Giunta Regionale del Veneto ha approvato lo “Schema tipo di Piano di Zona (documento di linee guida per l’attività di pianificazione in materia sociale)” lo qualificano come strumento per:

- l’analisi dell’evoluzione qualitativa e quantitativa dei bisogni;

- lo sviluppo di forme di gestione dei servizi adeguate, flessibili e creative;
- l'integrazione delle risorse pubbliche e private;
- la creazione di nuove opportunità e la produzione di risorse aggiuntive;
- la definizione delle prestazioni da erogare, rapportate alle responsabilità dei diversi soggetti e al quadro delle risorse rilevate.

La legge regionale del 13 aprile 2001 n. 11 (art. 128, comma 5°) ha definito il Piano di Zona come "... lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria".

Nella Regione Veneto al Piano di Zona viene attribuito un ruolo fondamentale per dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, in quanto è uno strumento condiviso per individuare i bisogni prioritari, le strategie di prevenzione, le risorse disponibili, i soggetti istituzionali e comunitari interessati, i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica, le condizioni di valutazione sociale dei risultati.

Le comunità locali del Veneto, pur tenendo conto delle diverse modalità con le quali le conferenze dei sindaci e le Aulss hanno provveduto all'elaborazione e della notevole variabilità nei contenuti di ogni singolo Piano, hanno fatto del Piano di Zona una comune base di sviluppo della strategia dell'integrazione sociosanitaria e dello sviluppo del sistema integrato di interventi dei servizi alle persone e alla comunità.

I diversi soggetti istituzionali (Regione, Enti locali, Aziende Ulss, Amministrazioni periferiche dello stato, Ipab) e i soggetti sociali (Istituzioni, Fondazioni, Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Libere Associazioni, Enti con finalità religiose e altre Organizzazioni private) sono stati e sono chiamati a condividere un modello partecipato di programmazione delle attività e degli interventi, di realizzazione e di valutazione degli stessi, di messa in rete delle risorse, di responsabilità in ordine ai risultati. Considerate le caratteristiche che il Piano di zona ha assunto in Veneto, esso si configura come piano dei servizi alla persona, e assume pertanto la denominazione di "Piano di Zona dei servizi alla persona".

Capitolo 2 – LA PROGRAMMAZIONE

2.1 Le fasi della programmazione

La predisposizione del Piano di Zona comporta la successione di numerose fasi di lavoro.

In primo luogo il presidente della Conferenza dei Sindaci, in accordo con il Direttore Generale dell'Aulss, provvede all'avvio del procedimento; successivamente i comuni (attraverso l'esecutivo della Conferenza dei Sindaci) e l'Aulss (tramite la direzione generale) predispongono gli indirizzi strategici. In seguito si procede alla costituzione del gruppo guida, che ha il compito di elaborare la base conoscitiva riguardante i bisogni della comunità, l'offerta di servizi e il rapporto tra bisogni e offerta, assumendo perciò un ruolo di governo delle diverse azioni e di coinvolgimento di tutti i soggetti interessati. Sulla base degli obiettivi e delle diverse priorità si procede poi alla stesura del Piano (che contiene obiettivi, risultati attesi, indicatori, azioni da compiere, interventi e servizi da garantire, soggetti responsabili, oneri necessari, tempi di realizzazione dei servizi rapportati alla durata del Piano e momenti di verifica e valutazione), che viene successivamente approvato dalla Conferenza dei Sindaci e dal Direttore Generale dell'Aulss. L'attuazione del Piano avviene attraverso l'adozione da parte della Conferenza dei Sindaci e del Direttore Sociale dell'Aulss dell'Accordo di programma, sottoscritto dal Presidente della Conferenza dei Sindaci, dal Direttore Generale dell'Aulss e da eventuali altre istituzioni pubbliche interessate. Il Piano viene trasmesso alla Regione a cura del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci e la Giunta Regionale ne verifica la compatibilità con gli obiettivi di sistema e con gli obiettivi stabiliti in base a problemi specifici, definiti dalle direttive del Piano Sociale Regionale.

Dopo l'approvazione da parte della Regione, possono essere stipulati eventuali contratti di programma, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione o convenzioni con i soggetti che partecipano, con proprie risorse finanziarie, all'attuazione delle azioni previste dal Piano.

2.2 Gli attori

I Sindaci, da soli e riuniti nella Conferenza dei Sindaci, sono i soggetti che promuovono e curano la predisposizione del Piano di Zona. Essi fanno partecipi tutte le istituzioni pubbliche, le istituzioni private, le famiglie e tutti i soggetti della solidarietà organizzata presenti nel territorio e disponibili a collaborare, così come stabilisce la Legge 328/2000.

I principali attori del Piano di Zona (che concorrono a formulare, realizzare e valutare le politiche sociali) sono infatti :

- *il Comune e le sue articolazioni*, che hanno in genere la responsabilità del Piano e che sono chiamati ad affrontare e risolvere i problemi inerenti l'esercizio delle proprie funzioni in materia di assistenza e promozione sociale, così da garantire i livelli essenziali di assistenza nel territorio;
- *la Regione*, che, oltre alle responsabilità di programmazione, coordinamento, vigilanza e controllo sulle materie sanitarie e sociali, svolge anche funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera e condivide con gli enti locali la responsabilità della programmazione e dell'attuazione dell'assistenza integrata sociosanitaria;
- *la Provincia*, che concorre all'attuazione dei Piani di Zona in materia di formazione professionale, integrazione lavorativa, mobilità in rapporto con i tempi di vita delle famiglie, determinanti ambientali di salute e gestione delle emergenze;
- *le Aulss*, che organizzano le proprie risorse per promuovere una conoscenza del territorio, del rapporto tra bisogni e risposte e delle misure di efficacia degli interventi;
- *le scuole*;
- *le imprese e i soggetti del Terzo Settore* (ONLUS, Cooperative sociali, volontariato, fondazioni);
- *le Istituzioni pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB)*;
- *le organizzazioni sindacali e le associazioni di tutela degli utenti*;

- *gli enti delle chiese o confessioni religiose* con cui lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese e che operano nel settore dei servizi sociali;
- *i cittadini e gli utenti*, in forma associativa o come singoli;
- *il mondo della ricerca e della formazione*;
- *il mondo delle attività produttive e le imprese*.

Gli obiettivi di politica sociale zonale sono quindi perseguiti con il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale affinché gli stessi, attraverso una maggiore condivisione delle risorse necessarie, si rendano responsabili del proprio sviluppo. La collaborazione risulta perciò essere la base per la valorizzazione dei diversi soggetti attivi nelle politiche sociali e per l'incontro di responsabilità e risorse disponibili nel territorio al fine di garantire efficaci risposte ai bisogni della collettività.

2.3 I contenuti

I contenuti del Piano di Zona fanno riferimento ai bisogni indicati nell'art. 22 della legge 328/2000 e nell'art. 3 del decreto legislativo 502/1992.

In particolare, gli interventi da porre in atto costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi. Devono perciò essere previste:

- misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con specifico riferimento a persone senza fissa dimora;
- misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- interventi di sostegno per minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza; misure per il sostegno delle responsabilità familiari per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;

- misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- interventi per la piena integrazione delle persone disabili, realizzazione di centri socio-riabilitativi, comunità-alloggio, servizi di comunità e di accoglienza per le persone prive di sostegno familiare, erogazione di prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
- interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che non siano assistibili a domicilio;
- prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenza da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

I bisogni principali sono perciò quelli riguardanti l'esperienza quotidiana di molte persone e famiglie che richiedono integrazione socio-sanitaria di diversa intensità nelle aree materno infantile, anziani non autosufficienti, malati mentali, persone disabili, persone con problemi di dipendenza e persone con patologie a forte impatto sociale (hiv, persone nella fase terminale della vita o persone con inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative).

Le risposte a questi problemi devono essere garantite attraverso il servizio sociale professionale, il segretariato sociale, il servizio di pronto intervento sociale, l'assistenza domiciliare, servizi residenziali e semiresidenziali, centri di accoglienza residenziali diurni e a carattere comunitario. Inoltre, vanno attuate politiche che si occupino di favorire la socializzazione, l'inserimento lavorativo, l'integrazione sociale delle persone e delle famiglie, l'inclusione sociale delle persone immigrate, la partecipazione, i processi di aggregazione e di promozione della cittadinanza solidale, la qualità ambientale e il suo impatto nei tempi di vita delle persone e delle famiglie.

2.4 La struttura

Il Piano di Zona, oltre a tener conto di quanto detto precedentemente sui contenuti, deve essere strutturato in modo da contenere i seguenti punti:

- a) *l'ambito territoriale*, che coincide con il territorio dell'Aulss (può essere articolato in distretti);
- b) *la base conoscitiva*, ovvero i bisogni della comunità, l'offerta di servizi e le risorse impiegate, il rapporto tra bisogni rilevati e offerta di servizi, i contenuti e la natura dei livelli essenziali garantiti e le misure di mancata risposta;
- c) *le scelte*, cioè le priorità di intervento sui bisogni e le priorità di riequilibrio e miglioramento del sistema di offerta e i risultati attesi descrivibili in termini di livelli essenziali di assistenza da garantire, indici di bisogno da soddisfare, interventi sul sistema di offerta dei servizi sociali e socio-sanitari, strategie di sviluppo del sistema di welfare e soluzioni da sperimentare;
- d) *gli obiettivi e azioni prioritarie*;
- e) *le strategie*, come, ad esempio, l'integrazione socio-sanitaria, riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alla domanda, tutela dei soggetti deboli e la politica della spesa;
- f) *il sistema di responsabilità e di valutazione*, ovvero l'indicazione dei soggetti responsabili degli obiettivi di piano, i soggetti sociali e la loro partecipazione, il sistema informativo, il sistema di valutazione dei processi di accesso, di erogazione, dei risultati di efficacia ed efficienza.

Le parti più importanti su cui il Piano di Zona si deve maggiormente soffermare sono la costruzione della base conoscitiva e la definizione delle scelte. Infatti, nella base conoscitiva si procede all'*analisi dei bisogni* (interventi di promozione sociale, aiuto e sostegno alla persona, al nucleo familiare e ai gruppi, interventi di integrazione sociale), all'*analisi del sistema di offerta* (risposte da dare ai singoli bisogni con dettagliata descrizione di contenuti, organizzazione, erogazione, risorse impiegate,...), al *confronto tra bisogni e risposte* (diretto a favorire l'identificazione

delle aree principali di intervento) e alla *definizione delle priorità* (scelte fondamentali per promuovere lo sviluppo e la qualificazione del sistema di welfare). Le scelte fondamentali, invece, sono quelle sui *bisogni che tengono conto delle specificità territoriali* (definizione di variabili e indicatori di bisogno - come il contesto demografico, bisogni legati all'età, alla disabilità, a situazioni di disagio,... - e definizione di variabili e indicatori di offerta - come le tipologie e i volumi delle prestazioni, i centri di offerta, le modalità di erogazione, ... -) e quelle volte a *qualificare l'accesso all'offerta* (monitoraggio dei percorsi di rilievo istituzionale, gestionale e professionale, delle condizioni di accesso a interventi e servizi, delle modalità di tutela dei soggetti deboli e della riduzione delle disuguaglianze).

2.5 Le risorse e il finanziamento

Le impostazioni delle scelte, oltre a tener presenti i diversi bisogni della collettività, devono anche tener conto dell'entità delle risorse disponibili, il cui impiego sarà basato:

- sul finanziamento condiviso del welfare locale, facendo in modo che il riparto delle risorse sia tale da garantire l'equa distribuzione dei livelli essenziali di assistenza nel territorio;
- sulla qualità dei rapporti tra soggetti pubblici e privati al fine di qualificare la rete territoriale di risposte e di responsabilità;
- sulle modalità di integrazione socio-sanitaria e di governo della spesa e dell'offerta a ciò destinata;
- sulla qualificazione continua e finalizzata delle risorse umane.

Il Piano di Zona deve assicurare innanzitutto i livelli di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e i livelli essenziali delle prestazioni sociali definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale. Eventuali livelli aggiuntivi regionali saranno finanziati dal fondo di competenza regionale ed eventuali livelli aggiuntivi locali saranno a carico delle autonomie locali.

Il finanziamento del Piano di Zona, per la parte di natura sociale, si compone di:

- quota locale del fondo sociale nazionale;
- fondo sanitario regionale per la parte dell'integrazione socio-sanitaria;
- fondo sociale dei comuni (o quota percentuale di esso);
- fondo sociale regionale (o quota percentuale di esso);
- concorso della spesa degli utenti;
- eventuali contributi finalizzati;
- fondi di altre istituzioni coinvolte.

La Regione fa fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi e agli eventuali disavanzi di gestione delle Aulss e delle Aziende ospedaliere.

La Regione ha facoltà di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salvavita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali. Inoltre, la Regione, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, può prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti. Esistono anche rimborsi alle Aulss e alle Aziende ospedaliere, tramite le Regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia previa autorizzazione del Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro degli affari esteri.

Capitolo 3 – LA VALUTAZIONE DEI PIANI DI ZONA E I SISTEMI INFORMATIVI

3.1 Valutare il Piano di Zona

Dato che il Piano di Zona è uno strumento processuale, è necessaria una valutazione dinamica dello stesso per analizzare le sue capacità di cambiamento, di realizzazione delle politiche che si propongono di attuare e di avere un ruolo fondamentale nella effettiva attuazione degli interventi e dei servizi, per indirizzare chi prende le decisioni nelle scelte programmatiche future. Valutare i Piani di Zona diventa quindi una necessità per analizzare le funzioni di governo, la realizzazione delle azioni previste, la risposta ai bisogni delle persone.

Possono perciò essere previsti diversi livelli di valutazione:

- a) *Valutazione ex-ante*: verifica il rispetto dei Piani di Zona delle direttive regionali ed è caratterizzata dalla focalizzazione delle condizioni di partenza, dei bisogni presenti e delle risposte già attivate (solitamente è fatta dalla Regione e dalle amministrazioni provinciali);
- b) *Valutazione in itinere*: segue la realizzazione delle azioni previste dal Piano, registrando lo sviluppo dei progetti e del processo programmatico attraverso la rilevazione di indicatori e di informazioni utili a cogliere, in particolare, gli scostamenti tra attività previste ed i risultati attesi, le attività realizzate ed i risultati conseguiti, i fattori intervenuti nel determinare tali risultati, gli elementi di successo e quelli di difficoltà. L'obiettivo di tale valutazione è quello di apportare alla progettualità del Piano le integrazioni e correzioni, anche finanziarie, ritenute opportune in base ai risultati emersi. Annualmente, inoltre, verranno garantite iniziative di restituzione dei risultati della valutazione estese agli amministratori, ai tecnici, ai componenti dei tavoli tematici e ai rappresentanti della comunità interessati;
- c) *Valutazione ex-post*: esprime, al termine dei progetti e a conclusione del Piano, l'efficacia delle azioni realizzate rispetto agli obiettivi previsti,

l'impatto ed i cambiamenti introdotti, la loro eventuale riproducibilità e la loro efficienza. L'obiettivo di tale valutazione è quello di produrre elementi utili alla riprogettazione del Piano al termine del triennio. Anche i risultati di questa valutazione vengono restituiti e discussi con amministratori, tecnici, componenti dei tavoli e rappresentanti della comunità interessati.

Con la valutazione, perciò, si intende dare continuità al processo di partecipazione avviato in fase di costruzione del Piano di Zona e innescare un processo di apprendimento collettivo utile a garantire il miglioramento non solo dei progetti ma dell'intero sistema dei servizi. La valutazione è quindi finalizzata a restituire ai soggetti (coinvolti nei singoli interventi o progetti) informazioni ed indicazioni utili per migliorare le progettualità degli interventi, suggerimenti ed orientamenti utili per la progettazione successiva. Per sostenere le scelte è però indispensabile poter disporre di informazioni e dati ordinati, coerenti e dinamicamente aggiornati; in altre parole è necessaria la presenza di un sistema informativo.

3.2 I sistemi informativi

In una logica decisionale l'informazione riveste un ruolo fondamentale per formulare gli obiettivi da raggiungere, continuare a controllare il loro perseguimento e valutare la loro realizzazione. Essa è infatti un processo di sintesi del dato utile per ridurre l'incertezza presente nei processi decisionali. L'informazione è l'elemento principale di un sistema informativo (SI), definito come (Bellini, Campostrini, 1994) "un complesso dinamico e coordinato di elementi, atto a produrre e scambiare informazioni utili per decidere e operare a diversi livelli all'interno di una organizzazione".

Infatti, un SI non è una semplice raccolta di dati, bensì è un insieme di informazioni poste a disposizione di tutti e interscambiate fra i diversi attori del sistema al fine di operare scelte che rispondano in maniera efficace ai reali bisogni. E' importante, però, che vi sia una differenziale accessibilità ai dati presenti nel SI: infatti, alcune

informazioni potranno essere a disposizione di tutti e altre potranno essere utilizzate unicamente dai decisori finali.

Inoltre, di fondamentale importanza risultano i canali e i codici utilizzati per l'interscambio delle informazioni ed è quindi rilevante la possibilità di avvalersi di strumenti informatici, che permettono un rapido scambio di dati.

3.3 I sistemi informativi statistici

La funzione statistica ricopre un ruolo sostanziale nell'identificazione e nella preparazione di mezzi informativi idonei a supportare la *governance* di un sistema. Una delle definizioni 'ufficiali' di sistema informativo statistico (SIS) è quella dell'UNECE (United Nations Economic Commission for Europe - 2000), che lo considera come un "sistema informativo orientato alla raccolta, memorizzazione, trasformazione e distribuzione di informazione statistica". L'Istat, invece, lo definisce come "sistema informativo in cui l'utilizzo delle informazioni mira a finalità prevalentemente statistiche-conoscitive e che si caratterizza per il trattamento di dati aggregati (macrodati) e per la particolare attenzione dedicata ai metadati e alle meta-informazioni".

Esistono, altresì, ulteriori definizioni che ne mettono in evidenza l'aspetto operativo, come quella di D'Angiolini e Garofalo (1995), che lo considerano "un'ampia base informativa, generalmente costituita da diverse fonti di informazione (eventualmente gestite da diversi organismi), strutturate e rese disponibili in funzione del loro utilizzo per lo studio statistico di particolari problemi".

La realizzazione del sistema informativo statistico implica, quindi, tutti i problemi relativi all'uso statistico dei dati amministrativi, maggiormente reso difficile dal fatto che è indispensabile offrire un contesto informativo integrato ed essenziale, basato su insiemi di concetti ben definiti. Inoltre, il SIS deve cercare di rispettare le caratteristiche proprie di ogni informazione statistica (accuratezza, tempestività e puntualità, accessibilità e chiarezza, confrontabilità, coerenza, completezza e

pertinenza), deve essere condiviso dagli utilizzatori, aggiornato, non ripetitivo e capace di rispondere in ogni momento ai bisogni in continua evoluzione.

La crescente richiesta di informazioni, assieme alla disponibilità limitata di risorse umane e finanziarie che la società è disposta a dedicare all'attività statistica, costringe i sistemi informativi statistici a fare scelte metodologiche e organizzative efficienti, capaci di fare in modo che ogni informazione raccolta possa essere utilizzata per più finalità.

Tutto questo esige, ad esempio, l'utilizzo di criteri classificatori uniformi nella raccolta delle varie informazioni secondo diverse "chiavi" (territoriale, settoriale, ecc.) e una cooperazione molto attiva tra le diverse persone che operano in ambito statistico. Infatti, la presenza ridondante di informazioni di varia natura e di dubbia qualità rischia di rendere meno efficiente lo strumento informativo esattamente nel momento in cui le informazioni di cui esso dispone risultano necessarie per compiere scelte fondamentali, creando confusione e privando i decisori di uno strumento valutativo indispensabile.

3.4 I sistemi informativi statistici Regionali

Come previsto dal d.lgs. 322/89 negli ultimi anni le Regioni hanno legiferato per istituire i propri Uffici di statistica all'interno del Sistema statistico nazionale (SISTAN) e in alcuni casi hanno già definito l'organizzazione e i mezzi di attuazione di un Sistema statistico regionale (SISTAR). Finora hanno istituito il SISTAR il Piemonte, la Liguria, il Veneto, il Lazio, le Marche, l'Abruzzo, la Puglia, il Molise e le due Province autonome di Trento e Bolzano.

Lo scopo è quello di far collaborare le diverse amministrazioni territoriali attraverso una comune fruizione delle informazioni statistiche fondamentali per le scelte di governo ed essenziali per far fronte alle crescenti esigenze di istantaneo interscambio e di complementarità di informazioni di interesse locale, regionale e nazionale dato

che i cambiamenti organizzativi, gestionali, produttivi, sociali e culturali si susseguono con frequenza sempre maggiore.

A livello regionale le informazioni statistiche possono contribuire a realizzare le funzioni di programmazione, individuazione delle politiche di intervento, monitoraggio e valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dei risultati raggiunti con l'attuazione di determinate politiche, diffusione dell'informazione ai cittadini ed agli utenti, alle imprese ed agli operatori economici e sociali.

E' quindi necessario omogeneizzare le modalità di raccolta, elaborazione e fruizione delle informazioni poiché è importante confrontare i propri dati territoriali con quelli di livello regionale e nazionale. Dalla necessità di confrontabilità dei dati segue l'esigenza di omogeneizzazione e standardizzazione di regole della rilevazione e delle definizioni e il bisogno di ripensare il processo di circolazione dei flussi informativi in modo da far sì che gli uffici di statistica garantiscano ufficialità e qualità del dato, rendendolo tempestivamente disponibile.

3.5 L'integrazione

Come è già stato detto, uno dei principali problemi di un sistema informativo è l'integrazione. Risulta, infatti, molto problematico (soprattutto in ambito pubblico) riuscire ad integrare necessità informative relative a diversi settori, poiché ogni ambito ha i propri problemi e i propri bisogni.

Altri problemi di integrazione nascono dal fatto che un sistema informativo fa spesso riferimento a diverse organizzazioni e quindi si rende necessario attivare meccanismi integrativi tra organizzazioni e i propri sistemi informativi e tra fonti informative (sia interne che esterne al sistema stesso).

Un altro importante problema di integrazione fondamentale per la governance e la gestione è l'integrazione tra i diversi livelli territoriali (comunale, provinciale, regionale). Purtroppo, anche se i continui sviluppi dell'informatica hanno consentito di far fronte ai diversi ostacoli tecnici, attualmente i problemi più importanti sono

legati al rifiuto di alcuni soggetti nel mettere a disposizione i propri dati, spesso utilizzando la privacy come motivo per non divulgare le informazioni di cui sono a disposizione.

Riuscire a superare queste questioni di carattere organizzativo sarebbe un ottimo punto di partenza per la risoluzione di problemi legati all'integrazione.

Capitolo 4 – I RISULTATI DELLA VALUTAZIONE

4.1 La valutazione dei Piani di Zona in Veneto

Per quanto riguarda la Regione Veneto, la valutazione dei Piani di Zona ha lo scopo di fornire i risultati di un'attenta analisi dei documenti dei Piani e di analizzare la capacità di programmare interventi che rispondano in maniera appropriata ai bisogni presenti nel territorio. I risultati saranno utili per orientare i decisori nelle scelte in merito alle politiche da adottare. In futuro, la valutazione non dovrà più essere fatta da soggetti esterni bensì ogni singola Aulss, dotata degli opportuni sistemi informativi, dovrà essere in grado di auto – valutare i propri Piani di Zona.

Sono stati perciò analizzati i documenti di Piano 2003-2005 e si è poi andato a verificare quali fossero i servizi presenti alla fine del 2005, appurando così quanto è stato realizzato di tutto quello che era stato previsto nei Piani.

4.1.1 Informazioni utilizzate

Per la valutazione dei servizi offerti in ogni Aulss alla fine del 2005 si è proceduto a rilevare informazioni inerenti:

a) a quali aree di intervento sono destinati i servizi (Anziani, Dipendenze/alcolismo, Disabili, Generale, Immigrazione, Minori/Giovani e famiglia, Salute mentale);

b) il tipo di azione, ovvero:

- *Unità di offerta (Udo)*, cioè unità organizzative che erogano prestazioni, gestiscono progetti, interventi, diretti sull'utente, cioè che comportano un trattamento a contatto con l'utenza;

- *Insiemi complessi di prestazioni (Icp)*, cioè prestazioni che richiedono dinamiche organizzative complesse e diverse in funzione della dimensione territoriale di competenza;

- *Progetti*, cioè un insieme coordinato di operazioni capace di produrre una serie di benefici per gli utenti destinatari, funzionalmente autonomo, con una sua identità delimitata in termini di finalità specifiche, di budget e di tempi;

c) il tipo di servizio offerto in ogni area (asilo nido, gruppo di auto aiuto, assistenza disabili gravi, ...);

d) l'ente erogatore, il soggetto che materialmente eroga le prestazioni (AULSS, Comune, Terzo settore, altri Enti Pubblici);

e) le finalità, cioè cosa ci si aspettava di ottenere tramite l'erogazione di un determinato tipo di servizio;

f) il totale delle risorse, ovvero la misura della spesa sostenuta per l'erogazione del servizio;

g) il numero di utenti, cioè il numero di persone fisiche che hanno usufruito del servizio durante l'anno;

h) il costo per utente, ovvero l'ammontare destinato ad ogni singolo utente che ha beneficiato del servizio;

i) il grado di istituzionalizzazione, che indica se il servizio è prestato spostando fisicamente la sede dell'utente in un istituto o meno. È una caratteristica che identifica l'intensità di questo spostamento, indicando se si tratti di un cambiamento proprio, temporaneo o definitivo (residenziale, semiresidenziale, ...);

l) la Legge 22 (solo per le Udo), che verifica se il servizio offerto è previsto o meno dalla Legge regionale 16 agosto 2002, "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali".

Questi dati sono poi stati utilizzati per calcolare:

a) le capacità previsionali, cioè se le risorse e gli utenti previsti nei Piani di Zona si avvicinano alle risorse effettivamente erogate e agli utenti che hanno usufruito del servizio;

b) la capacità di penetrazione, ovvero il rapporto tra gli utenti raggiunti e quelli potenziali;

c) la spesa pro – capite, cioè il rapporto tra le risorse destinate ad ogni area e la popolazione potenziale.

Con questi dati si riesce quindi ad individuare quali sono le politiche attuate in ogni zona, le priorità di intervento, le risposte concrete ai bisogni, chi si fa carico dell'erogazione dei servizi e qual è l'ammontare delle risorse destinato alle azioni programmate.

4.1.2 Criticità

Alcune Aulss non hanno partecipato al progetto poiché non si erano dotate di un organismo tecnico (Ufficio di Piano) che si occupasse dei processi di monitoraggio, valutazione e raccolta informativa relativa ai Piani di Zona (non esistevano comunque prescrizioni ufficiali per questa adozione) oppure perché, per propria scelta, non hanno voluto inviare dati. Infatti, come detto nell'ultima parte del precedente capitolo, accade spesso che ci sia da parte di alcuni soggetti il rifiuto di divulgare propri dati, trasformando così la logica programmatica in un processo formale che consente loro di mantenere ampi margini di autonomia.

Al progetto hanno quindi partecipato 17 Aulss su 21.

I dati forniti dalle Aulss non erano comunque completi, tanto che è stato necessario focalizzare l'analisi solo su alcune Aziende. Alla fine, si è lavorato unicamente con 12 Aulss.

Anche in questo caso, però, esistono alte percentuali di dati mancanti, soprattutto per quanto riguarda le risorse destinate e gli utenti dei servizi (probabilmente per dubbi sul tipo di risorse - spesa sociale, pubblica,... - o di utenti – effettivi o numero di accessi – da indicare), e per alcune variabili ci sono dati anomali, che hanno costretto ad apportare alcune correzioni alle informazioni ottenute. Inoltre, non per tutte le variabili sono disponibili i dati per tutti i tipi di azione (Udo, Icp, Progetti): ad esempio, l'ente erogatore è indicato solo per i progetti, il numero di utenti e il numero

di unità di erogazione sono disponibili solo per Udo e Icp. Un altro elemento che ha portato a rielaborare le informazioni ottenute è stata l'indicazione per ogni servizio della rispettiva finalità. Infatti, le Aulss dovevano scrivere questa informazione per esteso, e quindi le cose che avevano lo stesso significato erano scritte in modo diverso. Si è perciò dovuto procedere a due successive aggregazioni, per fare in modo che l'informazione fosse gestibile a livello di analisi dei dati.

4.2 Il contesto demografico

Per analizzare meglio le politiche attuate dalla Regione Veneto e dalle Aulss prese in considerazione è opportuno analizzare la struttura della popolazione, per capire se le risorse sono principalmente investite nelle fasce d'età che più hanno bisogno di servizi.

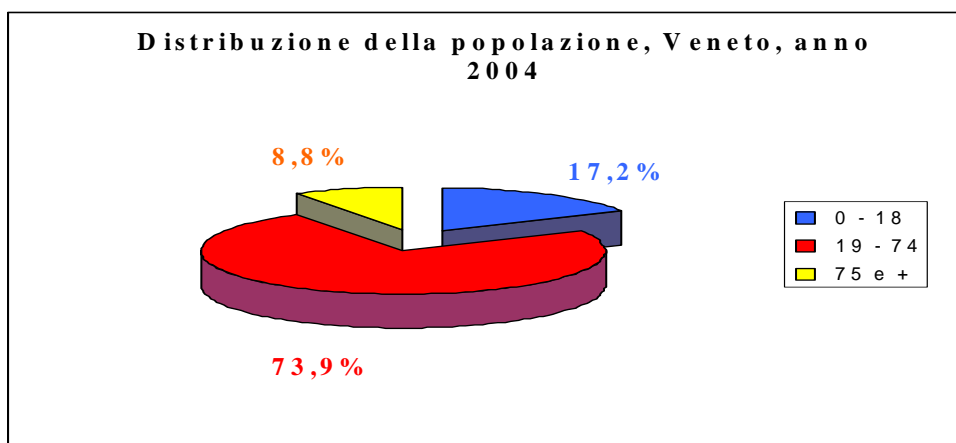
La popolazione di riferimento è quella residente in Veneto al 31/12/2004.

Tabella 1 – Popolazione residente in Veneto al 31/12/2004, suddivisione per fasce d'età

0-18	19-74	75 e +	TOT
810.538	3.473.472	415.940	4.699.950

Tabella 2 – Percentuali della popolazione residente in Veneto al 31/12/2004, suddivisione per fasce d'età

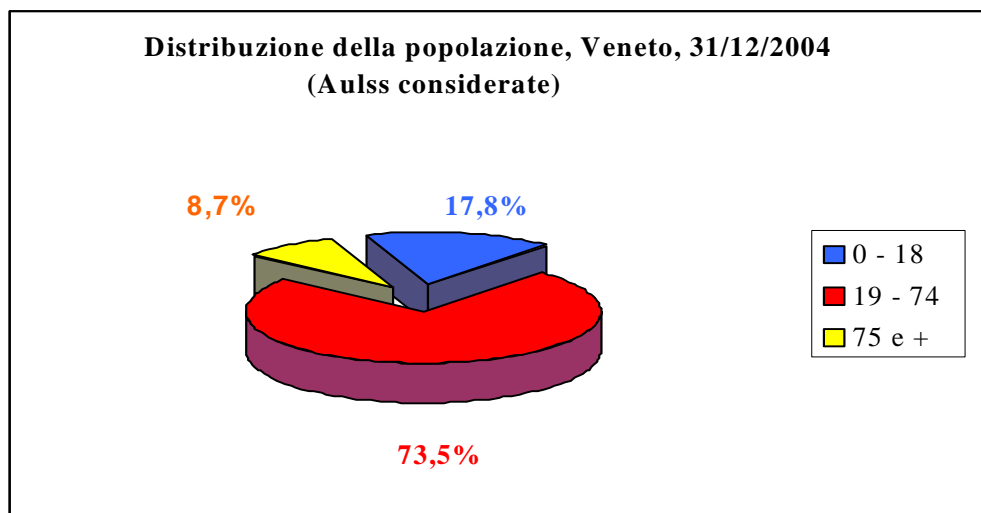
0 - 18	19 - 74	75 e +	TOT
17,2	73,9	8,8	100,0



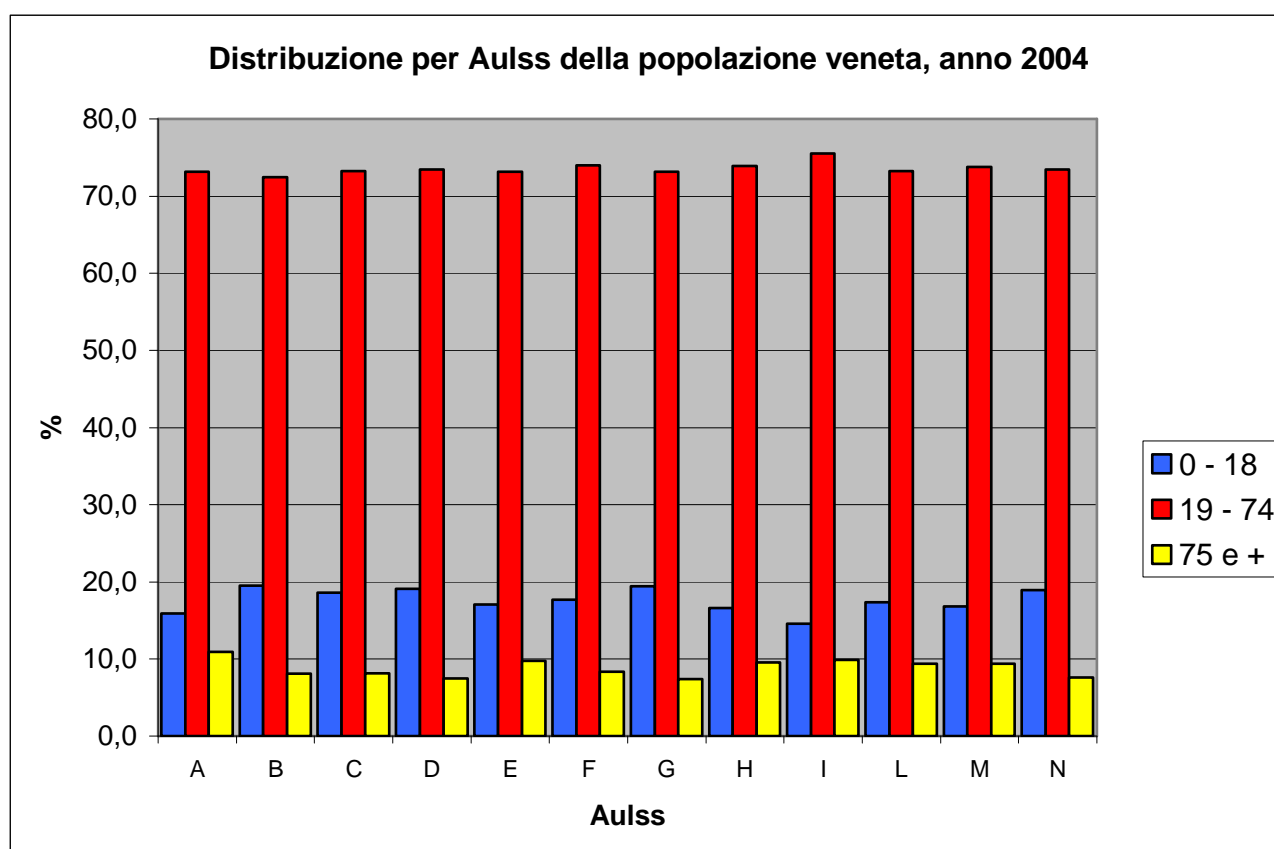
Dato che non tutte le Aulss sono prese in considerazione per l'analisi, vediamo ora come si distribuisce la popolazione delle Aziende prese in esame rispetto a quella del Veneto, fornendo una visione generale e una analisi per ogni singola Aulss (la popolazione delle Aulss considerate rappresenta un po' più della metà di quella presente nella Regione).

Tabella 4 – Percentuali della popolazione residente in Veneto nelle Aulss considerate, anno 2004, suddivisione per fasce d'età

Aulss	0 - 18	19 - 74	75 e +	TOT
<i>A</i>	15,9	73,2	10,9	100,0
<i>B</i>	19,5	72,4	8,1	100,0
<i>C</i>	18,6	73,2	8,2	100,0
<i>D</i>	19,1	73,4	7,4	100,0
<i>E</i>	17,1	73,2	9,7	100,0
<i>F</i>	17,7	74,0	8,3	100,0
<i>G</i>	19,5	73,1	7,4	100,0
<i>H</i>	16,6	73,9	9,5	100,0
<i>I</i>	14,6	75,5	9,9	100,0
<i>L</i>	17,4	73,2	9,4	100,0
<i>M</i>	16,8	73,8	9,4	100,0
<i>N</i>	19,0	73,4	7,6	100,0
TOT	17,8	73,5	8,7	100,0



Analizzando la tabella e il grafico si può affermare che la distribuzione per fasce d'età per queste Aulss è abbastanza simile a quella del Veneto. Infatti, la percentuale di popolazione anziana (75 e +) va da un 8,7% delle Aziende a un 8,8% della Regione, quella della popolazione minore di 18 anni passa da un 17,2% del Veneto a un 17,8% delle Aulss e la popolazione adulta va da un 73,9% della Regione a un 73,5% delle Aziende.



Anche un'analisi all'interno di ogni Aulss fa notare che la distribuzione per fasce d'età della popolazione è simile a quella del Veneto. In particolare, hanno percentuali più alte di popolazione minorenni, rispetto alle altre Aziende, le Aulss *B* e *G* (15,9%), mentre la percentuale minore spetta alla *I* (14,6%). La percentuale maggiore di popolazione anziana, invece, spetta all'Aulss *A* (10,9%), mentre quella minore alle *G* e *D* (7,4%). Infine, ha percentuale più elevata di popolazione adulta l'Aulss *I* (75,5%), invece la più bassa è quella della *B* (72,4%).

4.3 Le informazioni raccolte

I dati e le informazioni raccolti e analizzati nelle pagine che seguono riguardano complessivamente 1.301 azioni:

- 309 Unità di offerta - Udo;
- 488 Insiemi Complessi di Prestazioni - Icp;
- 504 Progetti.

Nella tabella seguente è possibile vedere quali dati sono stati raccolti per ogni tipo di azione.

Tabella 5 – Tipologie di dati raccolti per tipo di azione

I dati rilevati	Udo	Icp	Progetti
Aulss di afferenza	X	X	X
Tipo di azione (Udo, Icp, Progetti)	X	X	X
Area di intervento (anziani, dipendenze, ecc.)	X	X	X
Finalità	X	X	X
Tipologia di intervento	X	X	X
Ammontare di risorse erogate (in euro)	X	X	X
Numero di utenti raggiunti	X	X	
Numero di unità di erogazione	X	X	
Enti coinvolti nella gestione (Aulss, Comune, Provincia, ecc.)			X

Nella lettura dei risultati è opportuno tenere presente che si tratta di una prima esperienza volta principalmente ad individuare le criticità da affrontare per riuscire a condividere, tra diversi territori e gestioni, almeno parte delle regole adottate per descrivere i Piani di Zona realizzati nella Regione Veneto.

Quindi, prima di procedere alla presentazione delle informazioni ottenute dall'analisi dei Piani, è opportuno discutere le principali difficoltà incontrate nella costruzione e nella rilevazione dei dati.

4.4 L'attendibilità dei dati raccolti

Per verificare l'attendibilità delle informazioni raccolte si sono condotte sui dati due diversi tipi di analisi: l'analisi delle informazioni mancanti e, nel caso di variabili quantitative, l'analisi dei valori anomali.

Inoltre, le informazioni emerse con queste analisi sono state sottoposte all'attenzione dei rispettivi referenti istituzionali (rappresentanti dell'Ufficio di Piano dell'Aulss, rappresentanti dell'Ufficio di Piano comunale e Direttori Sociali) ed è stato chiesto loro di verificare sia la completezza che la correttezza delle informazioni fornite.

Le analisi condotte sono state utili per capire quali sono le difficoltà da superare per arrivare a disporre di un insieme minimo di dati basato su modalità omogenee di raccolta.

Di seguito, per le principali variabili utilizzate per l'analisi, sono presentate le maggiori criticità emerse (i dati fanno riferimento a *tutte* le Aulss che hanno partecipato).

Area di intervento

Come appare dalla tabella che segue, la distribuzione delle azioni per area di intervento, realizzate dalle singole Aulss, mette in evidenza situazioni eterogenee e una marcata presenza di dati mancanti: in alcuni territori, infatti, sembrano non essere state attivate alcune aree di intervento. In realtà, una lettura più approfondita spiega che le mancanze osservate non sono effettive ma interamente attribuibili all'incompletezza dei dati forniti: alcune Aulss hanno segnalato solo alcune delle azioni realizzate trascurando talvolta in parte e talvolta totalmente una o più aree di intervento.

Tabella 6 – Numero di azioni rilevate e realizzate da ogni Aulss per area di intervento

Aulss	Area di intervento								Totale
	Anziani	Dipendenze/ alcolismo	Disabili	Generale	Immigrazione	Marginalità sociale	Minori/Giovani e famiglia	Salute mentale	
<i>A</i>	29	11	18	4	4	11	29	6	112
<i>B</i>	18	19	20	6	8	4	43	10	128
<i>C</i>	11	5	7	7	-	-	13	9	52
<i>D</i>	6	5	17	-	-	1	15	14	58
<i>E</i>	13	11	20	4	3	1	15	11	78
<i>F</i>	21	31	20	8	5	3	35	16	139
<i>G</i>	38	25	27	-	-	-	92	18	200
<i>H</i>	19	17	17	-	5	15	26	-	99
<i>I</i>	4	8	9	-	-	-	9	4	34
<i>L</i>	18	7	18	4	5	3	38	9	102
<i>M</i>	9	13	21	-	-	-	17	2	62
<i>N</i>	14	-	8	-	-	-	-	-	22
<i>O</i>	4	-	13	-	3	-	9	1	30
<i>P</i>	8	12	29	2	4	-	10	5	70
<i>Q</i>	-	-	13	-	-	-	5	-	18
<i>R</i>	5	11	3	-	-	-	6	-	25
<i>S</i>	24	10	17	1	3	1	16	-	72
Totale	241	185	277	36	40	39	378	105	1301

Dati mancanti

In questa parte vengono evidenziate, per ogni Aulss, le percentuali di dati mancanti delle principali variabili utilizzate per l'analisi. Si può quindi avere un quadro completo della situazione, così da capire in parte i motivi dell'esclusione di alcune Aulss dall'analisi dei dati.

Pertanto, saranno mostrate sinteticamente le percentuali dei dati mancanti in una tabella e poi si passerà ad una analisi più approfondita per ogni singola variabile.

Tabella 7 – Numero di azioni e percentuali di dati mancanti di ogni variabile per Aulss

Aulss	Udo, Icp, Progetti				Udo e Icp			Progetti	
	N° azioni	Finalità	Tipo azione	Risorse	N° azioni	N° unità di erogazione	N° utenti	N° azioni	Soggetti coinvolti
A	112	0,9%	0,0%	2,7%	64	0,0%	9,4%	48	0,0%
B	128	6,3%	0,0%	19,5%	69	5,8%	11,6%	59	1,7%
C	52	9,6%	0,0%	19,2%	42	0,0%	7,1%	10	20,0%
D	58	5,2%	0,0%	5,2%	34	2,9%	5,9%	24	12,5%
E	78	7,7%	1,3%	29,5%	48	2,1%	16,7%	30	0,0%
F	139	4,3%	0,0%	5,0%	66	0,0%	16,7%	73	1,4%
G	200	3,0%	0,5%	28,0%	162	0,6%	11,1%	38	0,0%
H	99	2,0%	0,0%	5,1%	62	9,7%	19,4%	37	0,0%
I	34	2,9%	0,0%	5,9%	23	0,0%	4,3%	11	9,1%
L	102	3,9%	0,0%	5,9%	74	1,4%	13,5%	28	0,0%
M	62	4,8%	1,6%	11,3%	35	0,0%	11,4%	27	0,0%
N	22	4,5%	0,0%	4,5%	22	0,0%	9,1%	-	-
O	30	6,7%	0,0%	36,7%	15	13,3%	33,3%	15	0,0%
P	70	1,4%	0,0%	51,4%	16	0,0%	25,0%	54	1,9%
Q	18	5,6%	0,0%	0,0%	11	0,0%	27,3%	7	0,0%
R	25	8,0%	0,0%	4,0%	16	0,0%	12,5%	9	11,1%
S	72	1,4%	0,0%	15,3%	38	0,0%	7,9%	34	0,0%
Tot	1301	4,1%	0,2%	15,9%	797	2,0%	12,8%	504	2,0%

Finalità

Le informazioni riguardanti le finalità delle azioni realizzate sono state riportate nel 95,9% dei casi. Le indicazioni riguardanti la finalità dell'azione mancano per 45 Udo e 12 Icp mentre sono state riportate per tutti i Progetti.

Alcune Aulss sembrano avere più difficoltà di altre nell'indicare la finalità delle azioni: la percentuale di dati mancanti varia dallo 0,9% dell'Aulss A al 9,6% dell'Aulss C.

Una delle possibili spiegazioni di questa lacuna informativa può essere ricercata tra le modalità di rilevazione dei dati utilizzate nella scheda che ogni Aulss doveva compilare. Infatti, non avendo informazioni a priori sull'argomento, le finalità di ciascuna azione sono state rilevate chiedendo di riportare per esteso l'intera

descrizione della finalità, senza quindi proporre una batteria di finalità pre-codificate tra cui scegliere. Di conseguenza, come si vedrà in seguito, per l'analisi dei dati è stata costruita una nuova variabile: finalità "codificate".

Tipo di azione

Per quanto riguarda il tipo di azione, la percentuale di dati mancanti è dello 0,2% (la tipologia di azione non è stata riportata solamente in due casi). Al contrario delle finalità, questa caratteristica è stata rilevata proponendo al rispondente una classificazione di tipologie pre-codificate tra cui scegliere. Nel dettaglio si tratta di:

- 40 tipologie di Udo (asili nido, case per anziani non autosufficienti, centro diurno, rsa disabili, ecc.);
- 64 tipologie di Icp (affido familiare, servizio di pronta accoglienza, servizio mensa, ecc.);
- 57 tipologie di Progetti (abitazioni assistite, inserimento lavorativo, protezione della salute, sviluppo della vita autonoma e relazionale, ecc.).

In riferimento a Udo e Icp queste informazioni hanno permesso di ricostruire altre tre importanti caratteristiche delle azioni realizzate: la presa in carico dell'utente, il grado di protezione (sostituzione o supporto alla famiglia) e il grado di istituzionalizzazione, che indica se il servizio è prestato spostando fisicamente la sede dell'utente in un istituto o meno. È una caratteristica che identifica l'intensità di questo spostamento, indicando se si tratti di un cambiamento proprio, temporaneo o definitivo. Questa caratteristica si articola, infatti, nelle seguenti modalità: domiciliare, semiresidenziale, residenziale, servizi di accesso e valutazione, integrazione sociale, consulenza, spot, psis, informativo/formativo, generale, altri.

Ammontare delle risorse

Dall'analisi dell'ammontare delle risorse emerge una elevata presenza di dati mancanti.

L'informazione riguardante le risorse non viene riportata nel 15,9% dei casi, con una forte variabilità tra le Aulss: in alcune la percentuale di dati mancanti è inferiore al 5% (Aulss *A, N, Q* e *R*) mentre in altre supera il 25% (Aulss *O, E, P* e *G*).

Per quanto riguarda le informazioni disponibili è importante sottolineare che, come segnalato dai referenti degli Uffici di Piano e dai Direttori Sociali intervenuti nell'interpretazione dei dati raccolti, in molti casi si tratta di indicazioni poco attendibili.

Generalmente sono due i motivi per cui un dato non viene riportato: l'informazione non è effettivamente disponibile oppure la richiesta informativa non è stata formulata in modo abbastanza chiaro. Infatti, nella scheda di rilevazione non era sufficientemente dettagliata la descrizione della spesa che bisognava indicare, tanto che in alcuni casi sono state riportate solo le risorse erogate direttamente dall'Aulss escludendo la spesa sostenuta dai Comuni (questo vale principalmente per le aree di intervento in cui non è presente la "delega"), in altri casi sono state omesse le risorse erogate per pagare il personale o per l'affitto delle strutture e in altri ancora sono state incluse anche le spese sostenute direttamente dagli utenti.

Pertanto, la rilevazione dei dati sui Piani di Zona realizzati nell'anno di gestione 2005 ha permesso di mettere in evidenza importanti risultati: anche se in misura diversa, tutte le Aulss incontrano difficoltà nella descrizione dei servizi in termini di risorse erogate poiché non sono sempre facilmente e/o direttamente attribuibili al singolo servizio e perché ciascuna realtà è caratterizzata da uno specifico sistema gestionale e amministrativo che necessariamente si riflette in una differente interpretazione del dato richiesto.

Numero di utenti (solo per Udo e Icp)

Il numero di utenti è caratterizzato dal 12,8% di dati mancanti e dalla presenza di alcuni valori anomali (in qualche caso sono stati dichiarati più di 10.000 utenti).

I dati forniti mettono in evidenza notevoli differenze tra le aree analizzate: in alcune Aulss il numero di utenti è ignoto per meno del 10% delle azioni descritte (Aulss *A, C, D, S, I e N*); in altre Aulss le azioni di cui non si conosce la copertura superano il 20% (Aulss *O, P e Q*).

La presenza di dati mancanti e di valori anomali mette in evidenza alcune difficoltà nell'accessibilità all'informazione riguardante il numero di utenti raggiunti. Fra le azioni descritte solo il 77% circa riportano un'indicazione sul numero di utenti che sembra plausibile: dati mancanti così diffusi fanno dubitare anche dell'attendibilità dei dati forniti sull'utenza.

Anche in questo caso la lacuna informativa sembra attribuibile alla modalità adottate per formulare la richiesta: sulla scheda, infatti, era chiesto di indicare il "...numero di utenti serviti da ciascuna Udo, Icp o Progetto..." senza distinzioni per i tipi di intervento.

Dagli incontri con i rappresentanti degli Uffici di Piano è poi emerso che, per lo stesso servizio, qualcuno ha indicato il numero di utenti totali che hanno usufruito del servizio in un preciso giorno, altri il numero annuale di accessi, qualcuno il numero annuale di ricoveri, altri il numero annuale di contatti, qualcuno l'utenza potenziale e altri ancora il numero di posti letto.

Numero di unità di erogazione (solo per Udo e Icp)

L'informazione relativa al numero di unità di erogazione non è caratterizzata da valori anomali e ha una bassissima percentuale di dati mancanti (per il 2% delle azioni realizzate non viene fornita l'informazione relativa al numero di unità di erogazione). A questa regola fanno eccezione solo due ambiti territoriali: la percentuale di dati mancanti sale al 9,7% nell'Aulss *H* e al 13,3% nell'Aulss *O*.

Enti coinvolti (solo per i Progetti)

Infine l'informazione relativa ai soggetti coinvolti sembra essere completa: solo il 2% dei progetti non riporta l'informazione richiesta, con una variabilità che va dallo 0% delle Aulss A, E, G, H, L, M, O, Q, e S al 20% dell'Aulss C.

Purtroppo si tratta di una informazione molto approssimativa perché negli strumenti di rilevazione adottati in questa prima esperienza non è stato indicato il tipo di coinvolgimento a cui fare riferimento dato che la collaborazione tra enti e associazioni può avvenire a livelli diversi che vanno dal semplice scambio di informazioni alla più complessa condivisione di risorse quali il personale, i finanziamenti e le strutture.

Questo tipo di informazione è fondamentale per ricostruire la presenza o meno di una rete di attori che collaborano per l'erogazione degli interventi e quindi sarebbe bene capire quale tipo di contributo viene da ogni singolo soggetto.

4.5 Gli esiti dell'analisi (le informazioni rilevate)

Per ottenere informazioni non è sufficiente raccogliere dati; i dati non danno l'informazione se non sono prima trattati, trasformati ed elaborati. Per esempio per capire quanto gli utenti siano soddisfatti di un servizio non basta conoscere il dato "numero degli utenti soddisfatti" ma bisogna rapportarlo ad un altro dato, ovvero il "numero totale di utenti".

Per completare il processo informativo i dati raccolti, dopo essere stati opportunamente trasformati, devono essere confrontati con un parametro esterno capace di evidenziare criticità e suggerire giudizi. In altre parole il valore informativo dei dati dipende prima dalla capacità di elaborarli e poi dalla disponibilità di valori di riferimento utili al confronto.

I confronti che si potrebbero effettuare in questo contesto sono distinguibili in tre tipologie principali:

- confronti longitudinali sulle serie storiche degli stessi dati;
- confronti sugli stessi dati riferiti a diverse ripartizioni territoriali;
- confronti effettuati per misurare la distanza tra i dati raccolti e standard di riferimento presenti in realtà ritenute positive.

Nelle pagine che seguono, per mostrare quali informazioni si possono ottenere da una base informativa minima e comune sui Piani di Zona, si presentano alcune elaborazioni e alcuni confronti condotti sui dati raccolti.

Trattandosi di una prima rilevazione non è stato possibile analizzare l'andamento temporale delle informazioni raccolte.

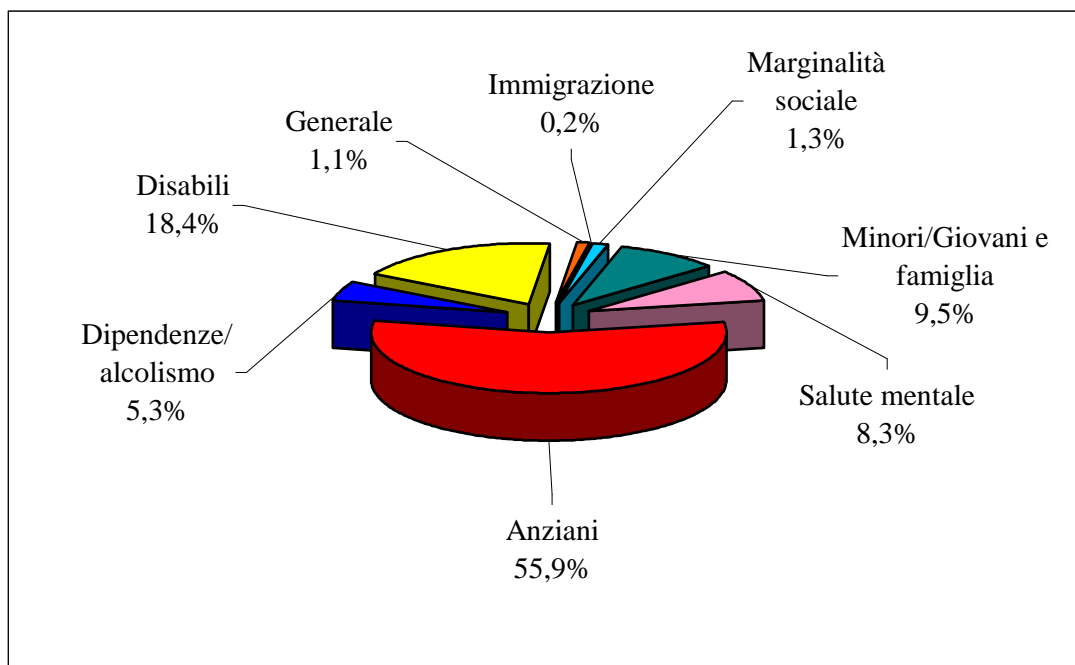
Per quanto riguarda le analisi territoriali, i dati raccolti hanno permesso di effettuare confronti sia in direzione verticale (singola Aulss, Regione) sia in direzione orizzontale, disaggregando i dati in modo che risultino riferiti a ciascuno degli ambiti territoriali che hanno partecipato alla rilevazione. I confronti verticali permetteranno di evidenziare la "posizione" di ciascun territorio mentre quelli orizzontali permetteranno di cogliere specificità ed eventuali disequilibri.

Le analisi qui presentate state condotte solo sui dati risultati maggiormente attendibili: sono state escluse dalle analisi che seguono le azioni e gli interventi descritti dalle Aulss *O*, *P*, *Q*, *R* e *S*. In quest'ultime Aziende, come è stato ribadito dai rappresentanti degli Uffici di Piano e dai Direttori Generali, la rilevazione ha riguardato solo una minima parte degli interventi realizzati.

Per una corretta lettura dei risultati è opportuno ricordare che si tratta di dati poco confrontabili tra loro perché spesso costruiti secondo modalità e definizioni diverse.

4.5.1 Le priorità di intervento

Figura 1: distribuzione percentuale delle risorse per area di intervento

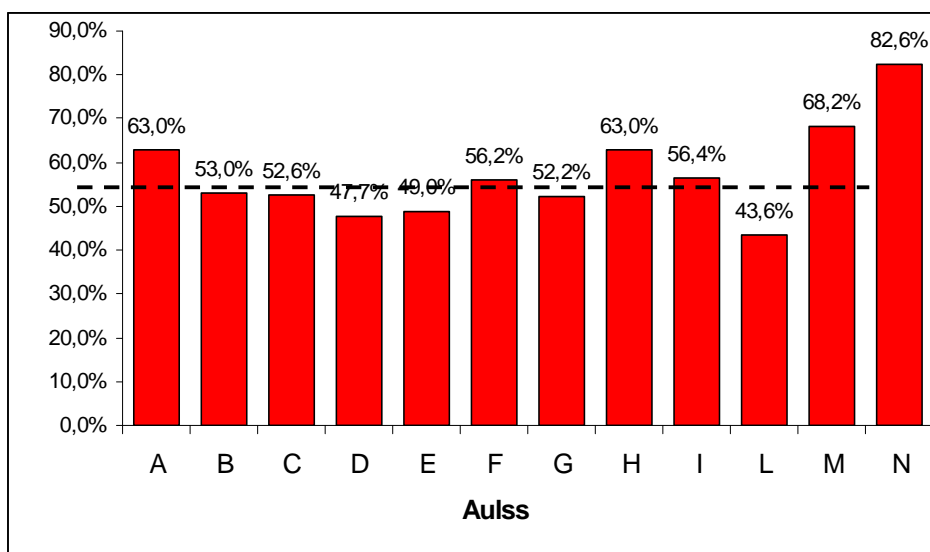


La distribuzione delle risorse nelle aree di intervento mette in evidenza alcune importanti realtà: gli interventi per gli anziani assorbono la quota maggiore di spesa, pari a quasi il 56% della spesa complessiva; seguono per importanza gli interventi per i disabili che incidono per il 18,40%. Gli interventi per la famiglia, i giovani e i minori incidono per meno del 10%, quelli per la salute mentale assorbono l'8,3% della spesa complessiva e quelli per le dipendenze e l'alcolismo il 5,3%. Quote molto esigue sono riservate alla marginalità sociale, all'immigrazione e all'area generale, che comprende gli interventi trasversali e/o rivolti ad utenze eterogenee (multiutenza).

I dati forniti mettono però in evidenza elevate differenze tra i territori, soprattutto per quanto riguarda la destinazione delle risorse. In seguito saranno presentate le diverse disparità tra le Aulss distinte per ogni area di intervento.

Area Anziani

Figura 2: percentuali delle risorse destinate all'area Anziani per Aulss



In tutte le Aulss gli anziani sembrano assorbire la maggior parte delle risorse ma in alcuni territori tali interventi assumono una posizione decisamente prioritaria (Aulss A, H, M e N), mentre per altre Aziende la percentuale è inferiore al 50% (Aulss D, E e L).

Tabella 8: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per grado di istituzionalizzazione

Grado di istituzionalizzazione	Somma	%
Residenziale	304.987.509,73	80,6%
Domiciliare	53.547.778,25	14,1%
Semiresidenziale	3.864.722,16	1,0%
Servizi di accesso e valutazione	2.852.876,90	0,8%
Altri	2.838.678,92	0,8%
Psis	1.988.489,11	0,5%
Informativo/formativo	1.207.237,14	0,3%
Spot	1.104.237,50	0,3%
Non noto	6.041.118,54	1,6%
Totale	378.432.648,25	100,0%

Tabella 9: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per finalità

Finalità	Somma	%
Accoglienza	295.633.510,31	78,1%
Domiciliarità	28.946.081,57	7,6%
Pronto soccorso	24.204.711,12	6,4%
Supporto alla famiglia	3.917.437,53	1,0%
Autonomia	3.888.328,71	1,0%
Integrazione sociale	3.210.389,50	0,8%
Socializzazione e partecipazione	2.645.290,18	0,7%
PSIS = progetto di sistema	2.518.488,36	0,7%
Contrasto del disagio	1.827.534,24	0,5%
Integrazione possibilità economiche	1.080.152,79	0,3%
Accesso ai servizi	962.574,91	0,3%
Alloggio	591.436,70	0,2%
Mobilità	217.653,74	0,1%
Aggregazione	151.500,00	0,0%
Tutela	130.000,00	0,0%
Sviluppo delle risorse personali	52.907,00	0,0%
Inserimento lavorativo	45.000,00	0,0%
Prevenzione	200,00	0,0%
<i>Non noto</i>	8.409.451,59	2,2%
Totale	378.432.648,25	100,0%

Dalle tabelle si può notare che in quest'area i maggiori investimenti si fanno nella residenzialità e le finalità che le erogazioni monetarie cercano di perseguire maggiormente sono l'accoglienza, la domiciliarità e il pronto soccorso. Rivestono invece un ruolo marginale i gradi informativo/formativo e spot dell'istituzionalizzazione e le finalità di aggregazione, tutela, sviluppo delle risorse personali, inserimento lavorativo e prevenzione.

Tabella 10: distribuzione percentuale delle risorse destinate alle principali 5 finalità per Aulss

Finalità	Aulss												Tot
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	
Accoglienza	80,2	89,8	79,7	78,3	80,4	80,0	47,1	78,8	80,5	66,1	91,8	84,8	78,1
Domiciliarità	6,5	0,3	13,2	3,0	4,4	1,5	20,5	3,8	.	17,1	2,1	9,8	7,6
Pronto soccorso	4,4	2,0	5,7	12,9	5,4	6,9	21,0	2,8	19,5	7,4	5,1	2,0	6,4
Supporto alla famiglia	3,6	.	.	.	0,8	.	.	9,3	.	.	.	.	1,0
Autonomia	2,0	1,2	1,2	.	1,2	2,2	.	0,9	.	.	0,3	1,4	1,0
Altro	3,2	.	.	.	7,8	.	.	4,5	.	.	.	.	5,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Le stesse finalità non sembrano rappresentare le priorità di intervento in tutte le Aulss.

Rispetto a quanto fanno mediamente le altre Aulss, la *G* investe molto meno in accoglienza e molto più in domiciliarità e pronto soccorso, la *L* investe meno in accoglienza e più in domiciliarità mentre la *M* investe quasi tutto in accoglienza e molto meno in domiciliarità.

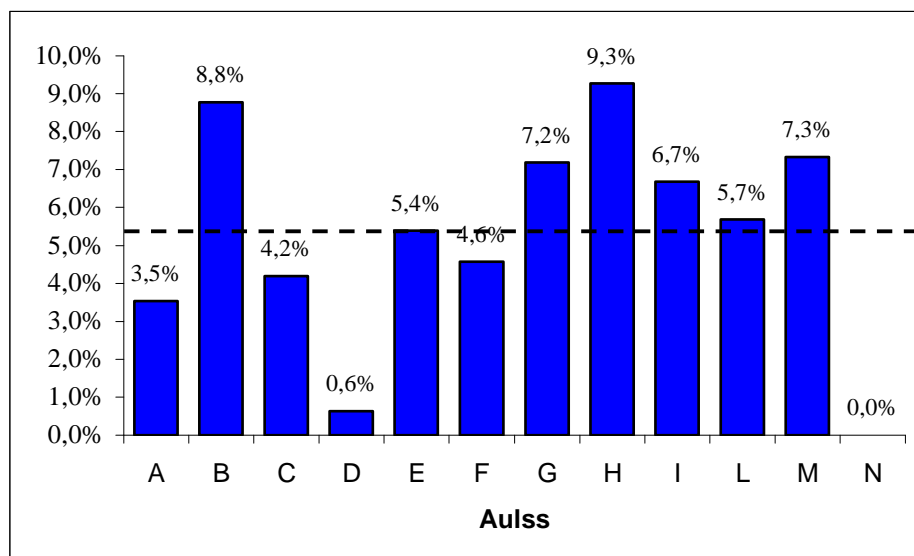
Tabella 11: distribuzione percentuale delle risorse destinate a servizi previsti dalla legge 22 per Aulss

Aulss	%	N° azioni
A	97,3%	7
B	100,0%	9
C	99,8%	7
D	93,1%	4
E	94,7%	4
F	96,0%	7
G	95,4%	5
H	100,0%	5
I	100,0%	3
L	93,5%	4
M	99,3%	5
N	98,6%	4
Totale	97,3%	63

Mediamente, nell'area anziani, il 97,3% dei servizi erogati sono previsti dalla legge 22, con una minima variazione tra le aziende che hanno partecipato alla rilevazione.

Area Dipendenze/alcolismo

Figura 3: percentuali delle risorse destinate all'area Dipendenze/alcolismo per Aulss



All'area Dipendenze/alcolismo sono generalmente destinate circa il 5% delle risorse. Dal grafico si può notare che le Aulss *B* e *H* vi destinano, invece, una percentuale che si avvicina al 9%, l'Aulss *D* una percentuale quasi nulla mentre l'Aulss *N* non ha dichiarato azioni in quest'area.

Tabella 12: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per grado di istituzionalizzazione

Grado di istituzionalizzazione	Somma	%
Ambulatoriale	17.152.431,74	47,4%
Residenziale	14.974.219,69	41,4%
Semiresidenziale	805.188,17	2,2%
Spot	244.599,13	0,7%
Domiciliare	14.3621,4	0,4%
Consulenza	17.023,92	0,0%
Non noto	2.818.883,76	7,8%
Totale	36.155.967,81	100,0%

Tabella 13: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per finalità

Finalità	Somma	%
Accoglienza	26.108.257,77	72,2%
Prevenzione	7.247.701,99	20,0%
Cura e riabilitazione	923.587,12	2,6%
Inserimento lavorativo	427.231,75	1,2%
PSIS = progetto di sistema	322.927,15	0,9%
Promozione degli stili di vita sani	204.850,27	0,6%
Sviluppo delle risorse personali	174.060,00	0,5%
Domiciliarità	143.621,40	0,4%
Accesso ai servizi	82.553,55	0,2%
Aggregazione	68.860,00	0,2%
Supporto alla famiglia	57.073,00	0,2%
Integrazione sociale	34.091,00	0,1%
Alloggio	10.000,00	0,0%
Integrazione possibilità economiche	6.108,00	0,0%
Contrasto del disagio	5.981,00	0,0%
Genitorialità competente	.	.
<i>Non noto</i>	339.063,81	0,9%
Totale	36.155.967,81	100,0%

Nell'area Dipendenze/alcolismo i gradi di istituzionalizzazione in cui si investe di più sono l'ambulatoriale e il residenziale, mentre i minori investimenti si fanno nel domiciliare e nella consulenza. Come accade nell'area Anziani, la maggiore finalità perseguita è l'accoglienza, seguita però, in questo caso, dalla prevenzione. Pochissime risorse vengono infine destinate ad azioni che hanno finalità di integrazione sociale, alloggio, integrazione possibilità economiche e contrasto del disagio.

Tabella 14: distribuzione percentuale delle risorse destinate alle principali 5 finalità per Aulss

Finalità	Aulss											Tot
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	
Accoglienza	73,1	87,6	39,5	0,0	15,8	15,2	82,7	92,0	92,5	98,1	87,6	72,2
Prevenzione	3,0	7,1	60,5	60,7	51,2	71,0	14,8	1,3	4,9	0,9	7,9	20,0
Cura e riabilitazione	0,3	0,0	0,0	0,0	32,6	0,9	1,2	1,8	1,6	0,0	0,0	2,6
Inserimento lavorativo	2,0	0,0	0,0	19,2	0,4	3,8	1,3	2,2	0,0	0,0	1,4	1,2
PSIS = progetto di sistema	0,7	0,5	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,9
Altro	20,9	4,8	0,0	20,1	0,0	4,9	0,0	2,6	1,1	1,0	0,0	3,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Le stesse finalità non rappresentano le finalità principali in tutte le Aulss. Rispetto ad una media di 72,2% di risorse destinate all'accoglienza, l'Aulss *H* ne destina molte di più (92%), le Aziende *C*, *E* e *I* molte meno e la *D* non destina risorse per questa finalità. Le ultime quattro Aziende menzionate, infatti, destinano più della metà delle risorse alla prevenzione, contro una media del 20%. A questa finalità destinano pochissimo, invece, le Aulss *A* e *H*. L'Aulss *D*, inoltre, investe circa il 20% delle risorse nell'inserimento lavorativo, mentre le altre Aziende destinano al massimo il 2% del denaro a questa finalità.

Tabella 15: distribuzione percentuale delle risorse destinate a servizi previsti dalla legge 22 per Aulss

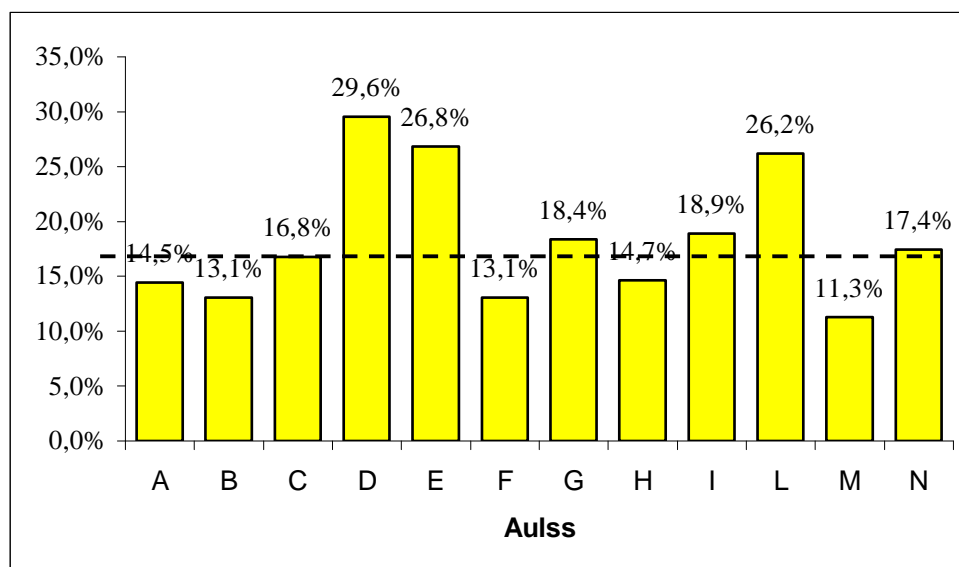
Aulss	%	N° azioni
A	0,0%	2
B	58,8%	3
C	100,0%	3
D	100,0%	1
E	64,5%	7
F	96,3%	5
G	22,6%	3
H	6,4%	4
I	100,0%	1
L	100,0%	5
M	0,0%	2
Totale	59,6%	36

Mediamente, nell'area Dipendenze/alcolismo, solamente il 59,6% dei servizi erogati sono previsti dalla legge 22, con una elevata variazione tra le Aziende che hanno partecipato alla rilevazione (si va dal 100% allo 0%).

L'Aulss *A* ha solo due Udo in quest'area, entrambe non riferibili alla legge 22. L'Aulss *H* ha quattro Udo, di cui due sono previste dalla legge 22 ma solo in una di quelle previste sono indicate le risorse. L'Aulss *M* ha solo due Udo in quest'area, entrambe non riferibili alla legge 22.

Area Disabili

Figura 4: percentuali delle risorse destinate all'area Disabili per Aulss



La media degli investimenti per l'area Disabili è all'incirca il 18,4% ma si osservano comportamenti molto eterogenei, con quote di spesa che vanno dall' 11 - 13% (Aulss B, F e M) al 26 - 30% (Aulss E, D e L) .

Tabella 16: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per grado di istituzionalizzazione

Grado di istituzionalizzazione	Somma	%
Semiresidenziale	45.748.827,81	36,8%
Residenziale	43.600.380,23	35,1%
Integrazione sociale	16.499.720,44	13,3%
Servizi di accesso e valutazione	5.429.524,70	4,4%
Altri	4.520.425,15	3,6%
Domiciliare	4.508.069,13	3,6%
Psis	327.701,69	0,3%
Spot	38.824,76	0,0%
Non noto	3.593.164,27	2,9%
Totale	124.266.638,18	100,0%

Tabella 17: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per finalità

Finalità	Somma	%
Riabilitazione	44.206.118,38	35,6%
Accoglienza	37.371.580,34	30,1%
Integrazione scolastica	11.866.864,79	9,5%
Assistenza	6.172.592,36	5,0%
Domiciliarità	5.187.088,77	4,2%
Inserimento lavorativo	4.837.885,80	3,9%
Mobilità	4.175.144,66	3,4%
Cura e riabilitazione	3.372.454,81	2,7%
Integrazione sociale	1.548.819,00	1,2%
Pronto soccorso	991.058,29	0,8%
Contrasto del disagio	537.426,81	0,4%
Integrazione possibilità economiche	501.913,22	0,4%
Accesso ai servizi	487.169,99	0,4%
PSIS = progetto di sistema	452.897,78	0,4%
Socializzazione e partecipazione	420.460,54	0,3%
Supporto alla famiglia	384.866,73	0,3%
Alloggio	354.835,55	0,3%
Altro	295.260,43	0,2%
Aggregazione	169.290,00	0,1%
Sviluppo delle risorse personali	108.098,47	0,1%
Autonomia	35.592,95	0,0%
Prevenzione	12.387,39	0,0%
Genitorialità competente	.	.
<i>Non noto</i>	776.831,12	0,6%
Totale	124.266.638,18	100,0%

Come era facile immaginare, la semiresidenzialità, la residenzialità e l'integrazione sociale sono i gradi di istituzionalizzazione che nell'area Disabili assorbono la maggior parte delle risorse, mentre poco denaro è destinato a psis e a spot. L'accoglienza, che nelle aree Anziani e Dipendenze/alcolismo era la finalità in cui si investiva maggiormente, passa nell'area Disabili al secondo posto, poiché la maggior parte delle risorse è in questo caso destinata alla riabilitazione. Elevate erogazioni sono anche effettuate per l'integrazione scolastica e l'assistenza, mentre all'autonomia e alla prevenzione sono destinate pochissime risorse.

Tabella 18: distribuzione percentuale delle risorse destinate alle principali 5 finalità per Aulss

Aulss													
Finalità	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Tot
Riabilitazione	27,3	19,5	35,1	37,6	32,2	35,5	54,4	46,0	15,9	37,9	38,0	32,6	35,6
Accoglienza	32,1	55,5	35,5	44,0	7,5	25,3	9,6	16,2	0,5	34,1	26,0	41,3	30,1
Integrazione scolastica	9,5	12,3	18,4	0,2	0,0	9,6	24,4	11,9	11,1	8,9	21,2	0,0	9,5
Assistenza	0,0	0,0	9,1	0,0	34,1	0,0	0,0	0,0	37,0	1,7	0,0	0,0	5,0
Domiciliarità	7,2	1,0	0,0	0,6	0,0	4,1	0,0	9,4	0,0	9,7	1,5	0,0	4,2
Altro	23,9	11,7	1,9	17,6	26,1	25,4	11,6	16,5	35,5	7,7	13,2	26,1	15,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Le stesse finalità non rappresentano le finalità principali in tutte le Aulss. Sia l'Aulss *E* che la *I*, contrariamente alla media, investono la maggior parte delle risorse all'assistenza e ad altre finalità che non compaiono tra le prime cinque. L'Aulss *N*, invece, destina risorse solamente a due delle prime cinque finalità, mentre la *B* investe più della metà del denaro in accoglienza e la *G* destina il 54,4% alla riabilitazione.

Tabella 19: distribuzione percentuale delle risorse destinate a servizi previsti dalla legge 22 per Aulss

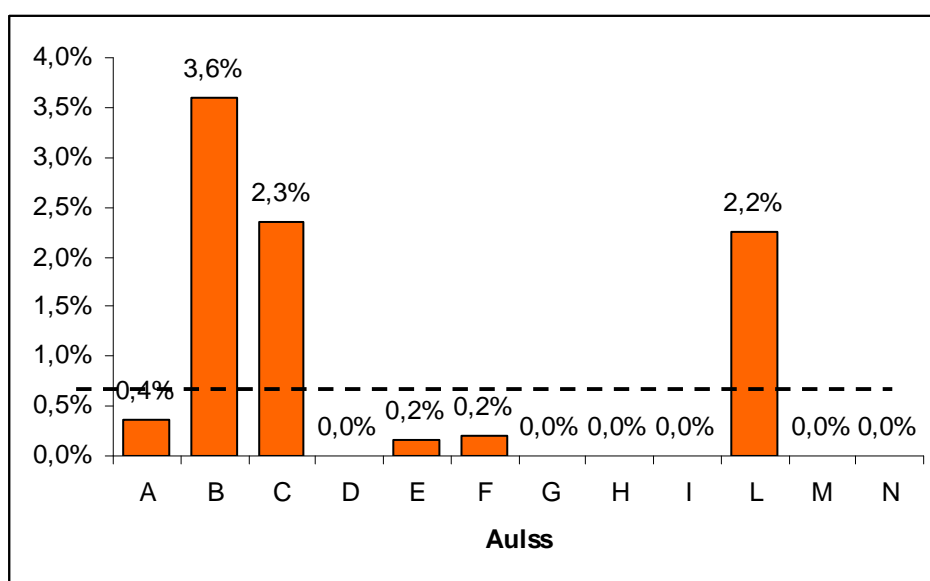
Aulss	%	N° azioni
A	100,0%	3
B	100,0%	3
C	88,6%	4
D	100,0%	5
E	55,8%	6
F	100,0%	2
G	100,0%	11
H	100,0%	2
I	30,7%	3
L	97,7%	6
M	100,0%	4
N	76,1%	4
Totale	91,2%	53

Nell'area Disabili il 91,2% dei servizi erogati sono contemplati dalla legge 22, con una elevata variazione tra le Aziende che hanno partecipato alla rilevazione (si va dal 100% al 30,7%).

L'Aulss *E* ha sei Udo in quest'area, di cui tre riferibili alla legge 22, due non previste e per una manca la descrizione del tipo di servizio. Delle tre Udo dell'Aulss *I*, solo due sono riferibili alla Legge 22.

Area Generale

Figura 5: percentuali delle risorse destinate all'area Generale per Aulss



All'area Generale sembra essere destinata una percentuale che ricopre mediamente all'incirca l'1% di risorse. In realtà, molte Aulss non hanno dichiarato azioni in quest'area (Aulss *D*, *G*, *H*, *I*, *M* e *N*). Le Aulss che invece hanno dichiarato azioni in questo caso destinano all'area Generale una percentuale che va dallo 0,2% al 3,6%.

Tabella 20: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per grado di istituzionalizzazione

Grado di istituzionalizzazione	Somma	%
Domiciliare	2.694.775,80	36,8%
Altri	1.487.440,00	20,3%
Spot	.	.
Non noto	3.138.480,24	42,9%
Totale	7.320.696,04	100,0%

Tabella 21: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per finalità

Finalità	Somma	%
Domiciliarità	4.144.455,80	56,6%
Accesso ai servizi	2.022.815,14	27,6%
Inserimento lavorativo	812.000,00	11,1%
PSIS = progetto di sistema	89.950,00	1,2%
Informazione e orientamento	64.000,00	0,9%
Socializzazione e partecipazione	56.568,10	0,8%
Contrasto del disagio	55.000,00	0,8%
Mobilità	37.760,00	0,5%
Integrazione sociale	26.894,00	0,4%
Sviluppo delle risorse personali	6.000,00	0,1%
Autonomia	2.973,00	0,0%
Prevenzione	2.280,00	0,0%
Genitorialità competente	.	.
Promozione degli stili di vita sani	.	.
Altro	.	.
Totale	7.320.696,04	100,0%

Delle azioni dichiarate la maggior parte delle risorse viene destinata alla domiciliarità e all'accesso ai servizi. Purtroppo, però, non si conosce a quale grado di istituzionalizzazione sia destinato ben il 42,9% delle risorse.

Tabella 22: distribuzione percentuale delle risorse destinate alle principali 5 finalità per Aulss

Aulss							
Finalità	A	B	C	E	F	L	Tot
Domiciliarità	0,0	99,5	0,0	0,0	0,0	49,7	56,6
Accesso ai servizi	47,3	0,0	34,1	90,0	0,8	49,7	27,6
Inserimento lavorativo	0,0	0,0	65,9	0,0	0,0	0,0	11,1
PSIS = progetto di sistema	30,2	0,0	0,0	0,0	10,7	0,5	1,2
Informazione e orientamento	0,0	0,0	0,0	0,0	31,0	0,0	0,9
Altro	22,6	0,5	0,0	10,0	57,5	0,2	2,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Le stesse finalità non rappresentano le finalità principali in tutte le Aulss; ci sono, anzi, forti disparità. Ad esempio, l'Aulss *B* investe circa il 99% delle risorse nella domiciliarità, mentre alla stessa finalità le Aulss *A*, *C*, *E* e *F* non destinano denaro.

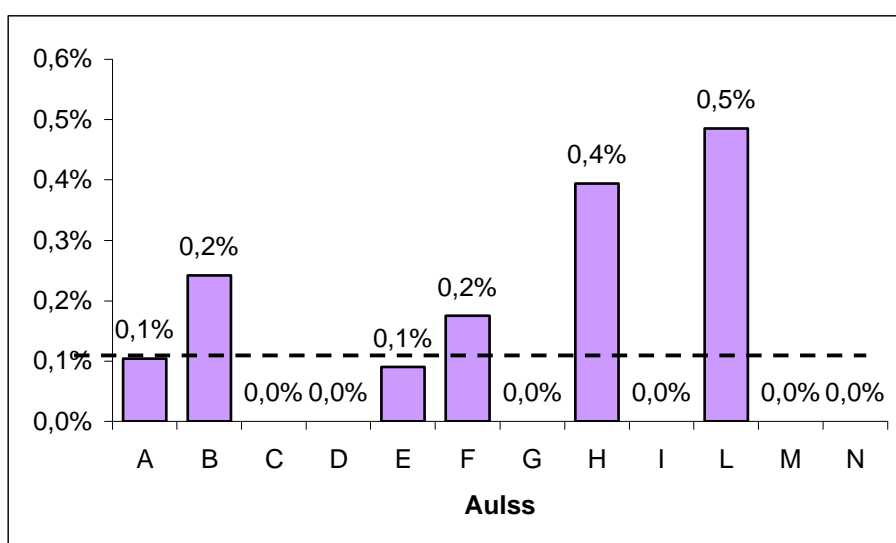
L'Azienda *C* eroga le sue risorse unicamente a due finalità sul totale (Accesso ai servizi e Inserimento lavorativo), invece la *F* investe più della metà del denaro in

finalità che non compaiono tra le prime cinque (mediamente la quota destinata ad altre finalità è del 2,6%).

Per l'area Generale non sono previste Udo.

Area Immigrazione

Figura 5: percentuali delle risorse destinate all'area Immigrazione per Aulss



All'area Immigrazione vengono destinate percentuali che non superano in nessun caso lo 0,5%. Come accade per l'area Generale, anche in questo caso molte Aulss non dichiarano azioni (Aulss C, D, G, M e N).

Tabella 23: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per grado di istituzionalizzazione

Grado di istituzionalizzazione	Somma	%
Ambulatoriale	222.679,80	17,8%
Spot	27.000,00	2,2%
Domiciliare	9.287,22	0,7%
Residenziale	4.125,00	0,3%
Non noto	990.077,69	79,0%
Totale	1.253.169,71	100,0%

Tabella 24: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per finalità

Finalità	Somma	%
Integrazione sociale	841.064,70	67,1%
Integrazione possibilità economiche	81.914,99	6,5%
PSIS = progetto di sistema	81.417,00	6,5%
Contrasto del disagio	79.446,49	6,3%
Orientamento	55.802,00	4,5%
Integrazione scolastica	30.672,00	2,4%
Accesso ai servizi	13.257,61	1,1%
Domiciliarità	9.287,22	0,7%
Promozione degli stili di vita sani	7.881,00	0,6%
Assistenza	5.000,00	0,4%
Sviluppo delle risorse personali	4.800,00	0,4%
Alloggio	4.125,00	0,3%
<i>Non noto</i>	38.501,70	3,1%
Totale	1.253.169,71	100,0%

Dato che molte Aulss non dichiarano azioni in quest'area, i dati sulle risorse destinate non sembrano essere molto attendibili. Inoltre, non si sa a quale grado di istituzionalizzazione siano destinate circa l'80% delle risorse. Comunque, da quanto appare dalle tabelle, più della metà delle risorse è destinata all'integrazione sociale.

Tabella 25: distribuzione percentuale delle risorse destinate alle principali 5 finalità per Aulss

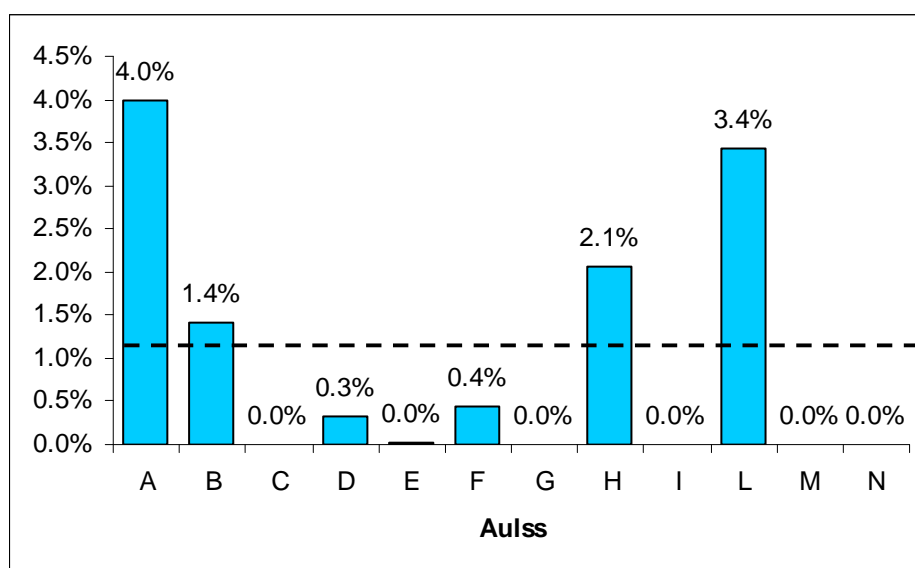
Finalità	Aulss						Tot
	A	B	E	F	H	L	
Integrazione sociale	41,8	52,1	0,0	53,1	3,8	99,2	67,1
Integrazione possibilità economiche	0,0	0,0	0,0	0,0	46,4	0,0	6,5
PSIS = progetto di sistema	0,0	0,0	0,0	46,9	0,0	0,0	6,5
Contrasto del disagio	0,8	0,0	0,0	0,0	44,7	0,0	6,3
Orientamento	57,4	14,4	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5
Altro	0,0	33,5	100,0	0,0	5,1	0,8	9,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Le stesse finalità non rappresentano le finalità principali in tutte le Aulss; esistono, invece, forti differenze. Infatti, l'Aulss L investe quasi tutte le sue risorse unicamente nell'integrazione sociale, le A e F in sole tre finalità; la E eroga le risorse per finalità non presenti tra le prime cinque, mentre la B investe risorse solamente in due delle prime cinque finalità.

Per l'area Immigrazione non sono previste Udo.

Area Marginalità sociale

Figura 6: percentuali delle risorse destinate all'area Marginalità sociale per Aulss



All'area Marginalità sociale viene mediamente destinato l'1,3% delle risorse, con una variazione tra le Aulss che va dallo 0,3% dell'Azienda D al 4% dell'Azienda A. Come per le due aree precedenti, anche in questo caso molte Aulss non dichiarano azioni in quest'area (Aulss C, G, I, M e N).

Tabella 26: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per grado di istituzionalizzazione

Grado di istituzionalizzazione	Somma	%
Ambulatoriale	4.253.866,81	47,6%
Residenziale	3.590.634,04	40,2%
Domiciliare	276.592,02	3,1%
Semiresidenziale	78.760,28	0,9%
Altri	4.100,95	0,0%
Non noto	731.234,15	8,2%
Totale	8.935.188,25	100,0%

Come si può notare dalla tabella, nell'area Marginalità sociale quasi tutte le risorse sono erogate per servizi ambulatoriali e residenziali. Pochi investimenti sono invece effettuati nella domiciliarità e nella semiresidenzialità.

Non vengono presentate tabelle e commenti sulle finalità poiché in quest'area le risorse risultavano maggiormente destinate alla finalità denominata "Altro".

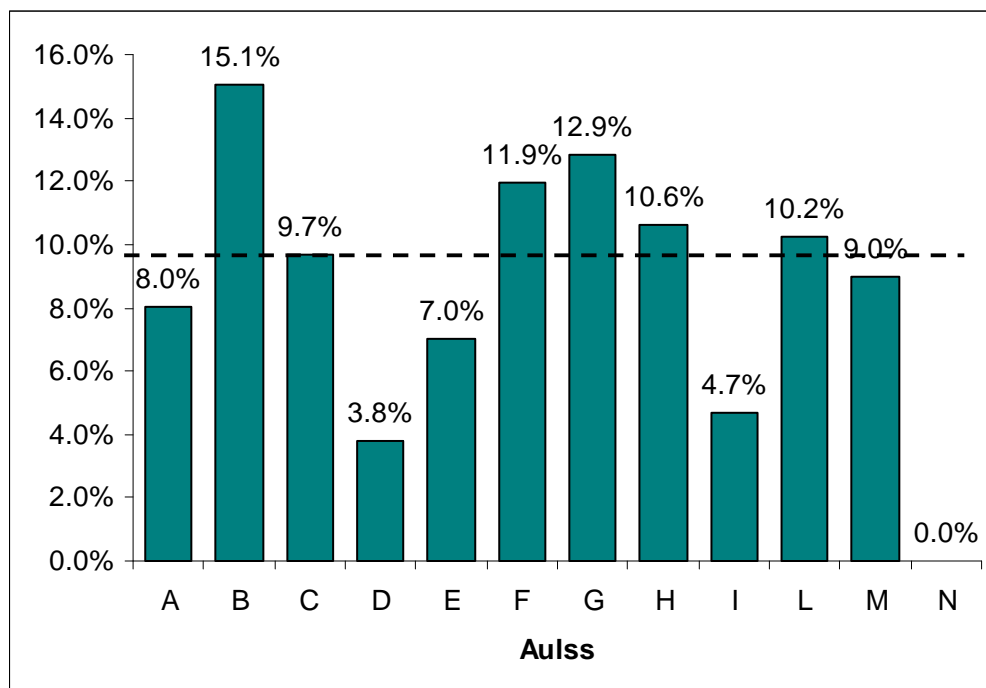
Tabella 27: distribuzione percentuale delle risorse destinate a servizi previsti dalla legge 22 per Aulss

AULSS	%	N° azioni
A	0,0%	1
B	0,0%	1
F	100,0%	1
H	0,0%	1
L	100,0%	2
Totale	20,0%	6

Dalla tabella si può vedere che l'esistenza di servizi previsti dalla legge 22 varia dal 100% allo 0%. La notevole differenza può però essere spiegata dalla bassissima presenza di Udo relative a quest'area nelle diverse Aulss (su cinque Aulss, ben quattro hanno solo una Udo nella Marginalità sociale). Mediamente, quindi, la presenza di attività contemplate dalla legge si attesta sul 20%.

Area Minori/Giovani e famiglia

Figura 7: percentuali delle risorse destinate all'area Minori/Giovani e famiglia per Aulss



All'area Minori/Giovani e famiglia sono destinate percentuali di risorse molto variabili, che vanno dal 3,8% ad un massimo di 15,2%, con una media che si attesta sul 9,5%. Come accade per altre aree anche in questo caso l'Aulss N non dichiara azioni.

Tabella 28: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per grado di istituzionalizzazione

Grado di istituzionalizzazione	Somma	%
Servizi di accesso e valutazione	30.008.261,60	46,6%
Semiresidenziale	12.183.329,75	18,9%
Residenziale	10.843.756,20	16,8%
Domiciliare	3.334.027,17	5,2%
Informativo/formativo	1.450.673,76	2,3%
Altri	542.186,70	0,8%
Spot	368.591,49	0,6%
Consulenza	176.589,00	0,3%
Psis	60.823,55	0,1%
Non noto	5.440.607,00	8,4%
Totale	64.408.846,23	100,0%

Tabella 29: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per finalità

Finalità	Somma	%
Cura e riabilitazione	13.660.418,61	21,2%
Integrazione sociale	10.581.734,12	16,4%
Accoglienza	6.422.807,10	10,0%
Genitorialità competente	4.717.695,14	7,3%
Domiciliarità	3.393.973,69	5,3%
Sviluppo delle risorse personali	1.823.449,34	2,8%
Tutela	1.662.967,62	2,6%
Aggregazione	1.574.012,84	2,4%
Socializzazione e partecipazione	1.200.903,68	1,9%
Integrazione scolastica	1.045.779,96	1,6%
Supporto alla famiglia	879.860,59	1,4%
Accesso ai servizi	707.226,11	1,1%
Prevenzione	675.995,01	1,0%
PSIS = progetto di sistema	656.857,41	1,0%
Contrasto del disagio	536.849,69	0,8%
Alloggio	486.237,75	0,8%
Mobilità	481.829,70	0,7%
Inserimento lavorativo	438.477,00	0,7%
Orientamento	424.253,25	0,7%
Riabilitazione	235.047,19	0,4%
Promozione degli stili di vita sani	145.227,05	0,2%
Integrazione possibilità economiche	103.868,23	0,2%
Altro	33.425,00	0,1%
<i>Non noto</i>	<i>12.519.950,14</i>	<i>19,4%</i>
Totale	64.408.846,23	100,0%

Dalle tabelle si può notare che in quest'area quasi la metà degli investimenti si fanno nei servizi di accesso e valutazione e le finalità che le erogazioni monetarie cercano di perseguire maggiormente sono cura e riabilitazione, integrazione sociale, accoglienza e genitorialità competente. Rivestono invece un ruolo marginale i gradi spot, consulenza e psis dell'istituzionalizzazione e le finalità di riabilitazione, promozione degli stili di vita sani e integrazione delle possibilità economiche.

Tabella 30: distribuzione percentuale delle risorse destinate alle principali 5 finalità per Aulss

Aulss												
Finalità	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	Tot
Cura e riabilitazione	22,8	18,8	19,0	0,0	0,0	23,3	37,5	28,5	0,0	24,6	0,0	21,2
Integrazione sociale	25,2	33,3	29,1	17,8	0,0	25,9	1,4	15,7	3,8	1,7	0,1	16,4
Accoglienza	0,0	11,4	15,3	0,0	0,0	2,2	6,6	8,8	0,0	18,5	23,3	10,0
Genitorialità competente	8,3	3,3	4,5	7,7	0,9	4,0	10,1	4,5	15,8	15,4	6,9	7,3
Domiciliarità	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,5	1,4	2,0	0,0	22,7	2,8	5,3
Altro	43,4	33,0	32,2	74,5	99,1	44,1	42,9	40,4	80,4	17,1	66,9	39,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Le stesse finalità non rappresentano le finalità principali in tutte le Aulss; questo, però, può essere dovuto alla mancanza dell'indicazione delle risorse. Ad esempio, l'Aulss *E* ha quindici servizi in quest'area, ma solo per otto sono indicate le risorse destinate. Alla finalità Genitorialità competente (l'unica delle prime cinque finalità) sono dedicati quattro servizi, ma solo per due di questi sono indicate le risorse. Mediamente, la finalità che assorbe più risorse è Cura e riabilitazione, ma a quest'ultima le Aulss *D*, *E*, *I* e *M* non destinano niente. In conclusione, quasi nessuna delle Aulss si comporta come la media e comunque l'alta percentuale di risorse dedicate a finalità diverse dalle prime cinque indica che gli investimenti sono dedicati a molteplici scopi.

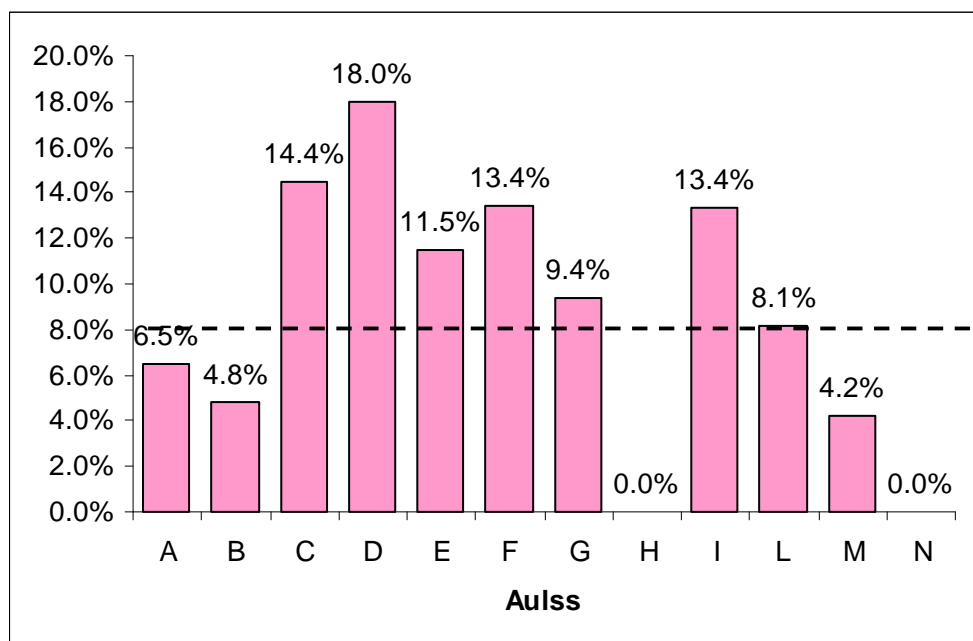
Tabella 31: distribuzione percentuale delle risorse destinate a servizi previsti dalla legge 22 per Aulss

Aulss	%	N° azioni
A	61,2%	3
B	77,7%	9
C	61,6%	5
D	100,0%	1
E	0,0%	1
F	61,8%	7
G	28,6%	37
H	51,2%	4
I	0,0%	1
L	78,9%	11
M	30,7%	2
Totale	61,4%	81

Si può notare che nell'erogazione di servizi previsti dalla legge 22 ci sono forti disparità. Anche in questo caso le percentuali variano dal 100% allo 0% (cifre relative alle Aulss che hanno una sola Udo in quest'area), tanto che la media è pari al 61,4%.

Area Salute mentale

Figura 8: percentuali delle risorse destinate all'area Salute mentale per Aulss



Anche in quest'area esistono Aulss che non dichiarano azioni (*H* e *N*). Per le restanti Aziende, invece, si può vedere che per la Salute mentale vengono mediamente destinate l'8,3% delle risorse, con una variabilità che va dal 4,2% dell'Aulss *M* al 18% dell'Aulss *D*.

Tabella 32: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per grado di istituzionalizzazione

Grado di istituzionalizzazione	Somma	%
Residenziale	30.935.421,68	55,4%
Ambulatoriale	14.204.475,27	25,4%
Semiresidenziale	8.617.168,42	15,4%
Domiciliare	966.101,62	1,7%
Spot	245.165,31	0,4%
Non noto	909.643,05	1,6%
Totale	55.877.975,35	100,0%

Tabella 33: distribuzione assoluta e percentuale delle risorse per finalità

Finalità	Somma	%
Cura e riabilitazione	14.500.005,17	25,9%
Prevenzione	11.693.113,32	20,9%
Accoglienza	9.627.797,78	17,2%
PSIS = progetto di sistema	8.472.170,33	15,2%
Riabilitazione	5.999.061,37	10,7%
Inserimento lavorativo	1.079.590,59	1,9%
Alloggio	824.151,89	1,5%
Domiciliarità	714.699,67	1,3%
Pronto soccorso	251.401,95	0,4%
Contrasto del disagio	245.165,31	0,4%
Accesso ai servizi	205.941,49	0,4%
Socializzazione e partecipazione	137.353,56	0,2%
Genitorialità competente	87.734,92	0,2%
Integrazione sociale	11.700,00	0,0%
Promozione degli stili di vita sani	4.000,00	0,0%
<i>Non noto</i>	2.024.088,00	3,6%
Totale	55.877.975,35	100,0%

Come si poteva pensare, la residenzialità, l'ambulatoriale e la semiresidenzialità sono i gradi di istituzionalizzazione che nell'area Salute mentale assorbono la maggior parte delle risorse, mentre poco denaro è destinato alla domiciliarità e a spot. Elevate erogazioni sono effettuate per servizi che hanno finalità di Cura e riabilitazione, Prevenzione, Accoglienza e PSIS, mentre poche risorse sono destinate all'Integrazione sociale e alla Promozione di stili di vita sani.

Tabella 34: distribuzione percentuale delle risorse destinate alle principali 5 finalità per Aulss

Aulss											
Finalità	A	B	C	D	E	F	G	I	L	M	Tot
Cura e riabilitazione	41,0	0,0	26,9	0,0	54,6	18,8	49,0	22,2	32,4	0,0	25,9
Prevenzione	0,0	0,0	25,2	0,3	0,0	59,2	11,7	73,5	1,2	0,0	20,9
Accoglienza	7,9	10,8	44,8	3,9	7,9	6,6	5,8	4,3	32,4	22,5	17,2
PSIS= progetto di sistema	27,9	40,3	2,6	25,8	21,8	2,6	10,0	0,0	14,3	77,5	15,2
Riabilitazione	16,8	35,5	0,0	22,1	13,6	0,0	23,1	0,0	13,2	0,0	10,7
Altro	6,4	13,5	0,5	47,9	2,0	12,8	0,3	0,0	6,4	0,0	10,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Anche in questo caso le finalità perseguite dalle diverse Aulss sono molto diverse. Infatti, a fronte di un 25,9% di risorse destinate alla Cura e riabilitazione ci sono Aulss come le *B*, *D* e *M* che non destinano niente e invece Aulss come le *A*, *E* e *G* che vi investono più del 40% del denaro. Completamente diversa dalla media è la situazione dell'Aulss *D*, che investe molto in finalità che mediamente assorbono poche risorse e che invece destina poco denaro a finalità che in media sono le maggiormente perseguite.

Tabella 35: distribuzione percentuale delle risorse destinate a servizi previsti dalla legge 22 per Aulss

Aulss	%	N° azioni
A	15,1%	3
B	53,5%	4
C	62,4%	4
D	14,9%	5
E	14,3%	5
F	9,6%	3
G	11,5%	11
I	5,6%	2
L	17,1%	3
M	0,0%	1
Totale	23,7%	41

Come si può notare, nell'area Salute mentale nessuna Aulss offre servizi completamente previsti dalla legge 22, e comunque i valori sono molto bassi, tanto che la media si attesta sul 23,7%. Anche in questo caso le basse percentuali sono spesso dovute alla scarsa presenza di Udo in quest'area.

4.5.2 L'efficienza: il costo per utente

I costi sostenuti per erogare i servizi sono diversi tra le aree poiché fortemente legati al grado di istituzionalizzazione e alla differente gravità dei bisogni del target di utenti. Può accadere, infatti, che lo stesso servizio abbia costi disuguali in base all'area di intervento a cui fa riferimento il servizio stesso. Nelle seguenti analisi si è deciso di prendere in considerazione i gradi di istituzionalizzazione che, presumibilmente, assorbono la maggior parte delle risorse, ovvero domiciliare, residenziale e semiresidenziale. All'interno di ogni grado di istituzionalizzazione si è poi andati a vedere la diversa distribuzione e la variabilità dei costi per utente per le aree e per ogni Aulss, in modo da fornire una rapida sintesi su quali aree richiedono maggiore o minore erogazione di risorse e su come ogni singola Aulss si colloca rispetto alle altre. Successivamente si passa ad una visione più dettagliata, ovvero vengono forniti i costi dei servizi in ogni area, con la suddivisione del grado di istituzionalizzazione. In questo modo è perciò possibile vedere come varia l'utilizzo delle risorse per il medesimo servizio in base all'area in cui esso si colloca. E' opportuno però dire che le informazioni sul costo utente non sono molto affidabili. Infatti, nella scheda di rilevazione non era indicato con chiarezza l'importo da segnalare alla voce risorse. Le Aulss, quindi, hanno riportato voci diverse: chi ha indicato solo la spesa sanitaria (perché non aveva a disposizione i dati dei Comuni), chi ha messo solo il finanziamento della regione, chi ha indicato o meno la spesa per i dipendenti, chi ha messo o meno la spesa farmaceutica, ecc... Nemmeno per il numero degli utenti non vi erano chiare indicazioni, tanto che a quella voce è indicato a volte il numero dei singoli utenti, a volte i ricoveri (per cui una stessa persona è conteggiata più volte se nell'arco dell'anno ha usufruito ripetutamente dello stesso servizio).

Figura 9 - Costi per utente: analisi per tre livelli di istituzionalizzazione

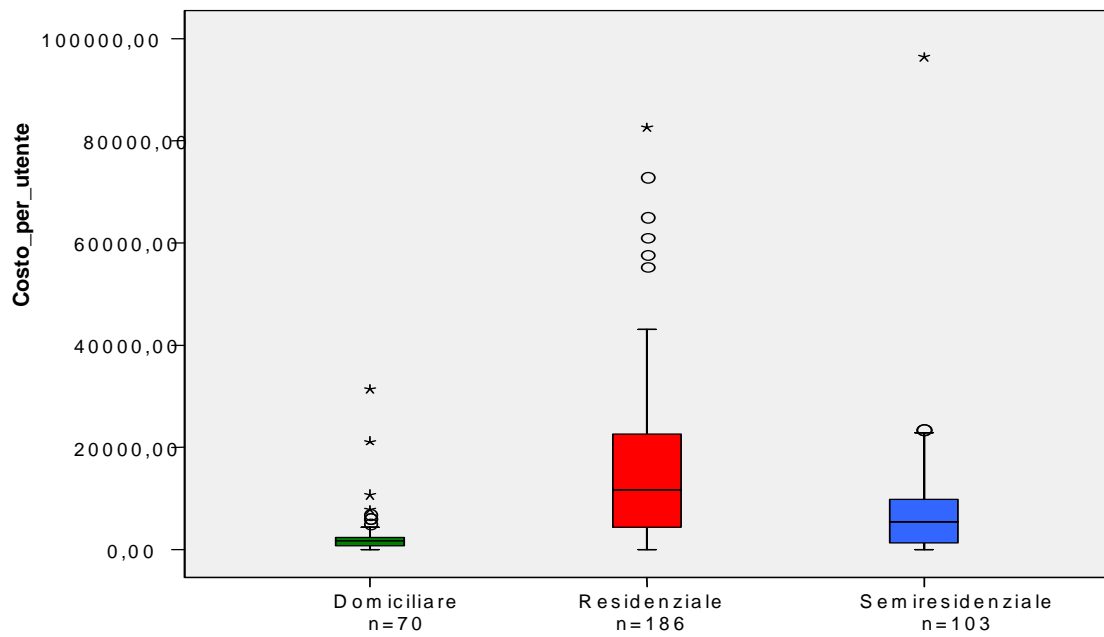


Figura 10 - Costi per utente, azioni “domiciliari”: analisi per area di intervento

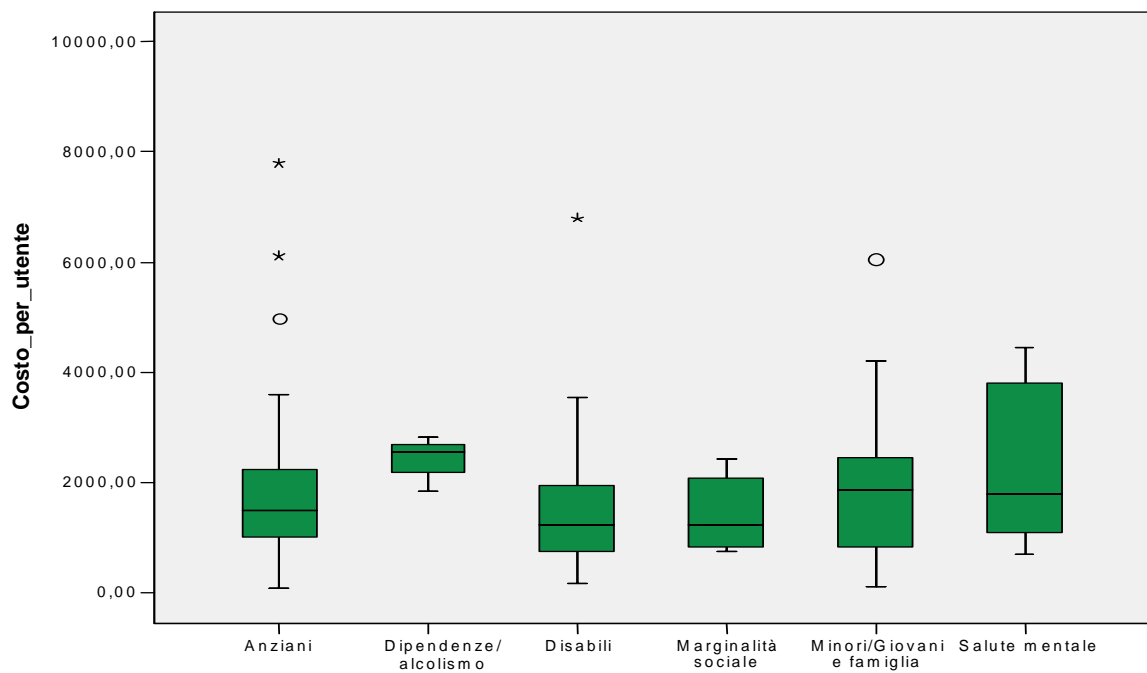


Figura 11 - Costi per utente, azioni “residenziali”: analisi per area di intervento

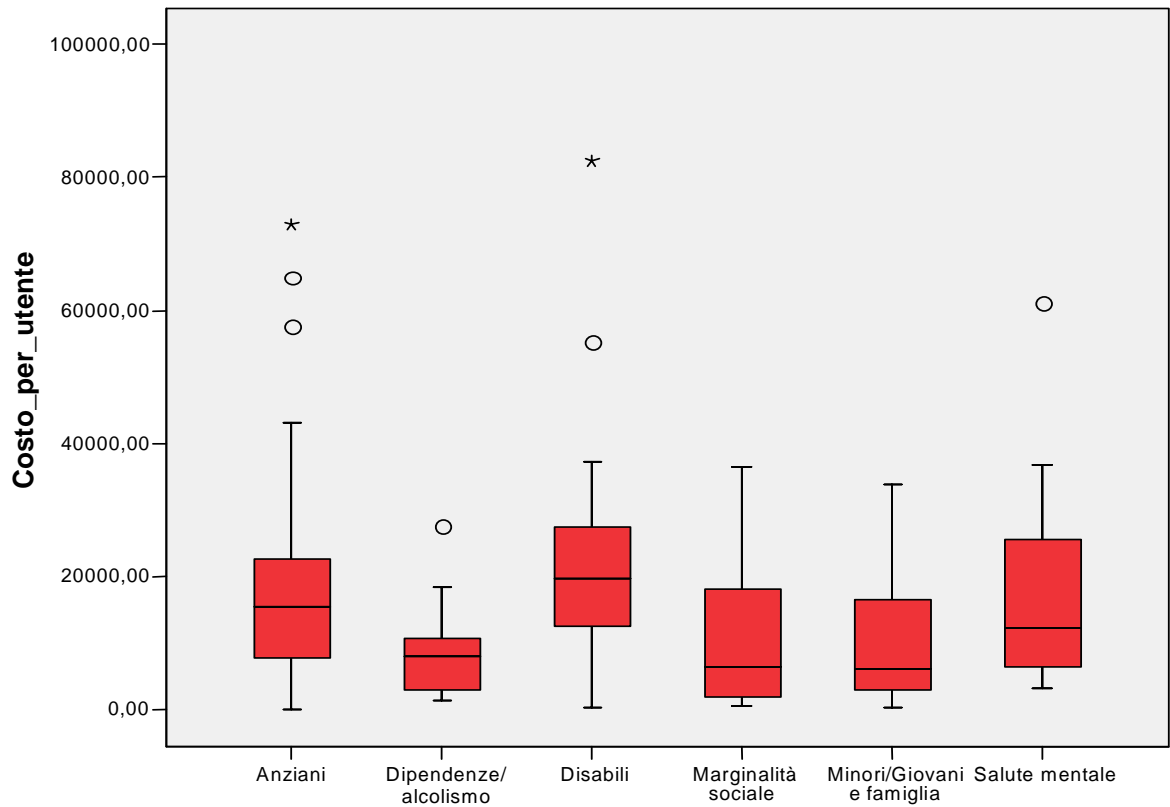


Figura 12 - Costi per utente, azioni “semiresidenziali”: analisi per area di intervento

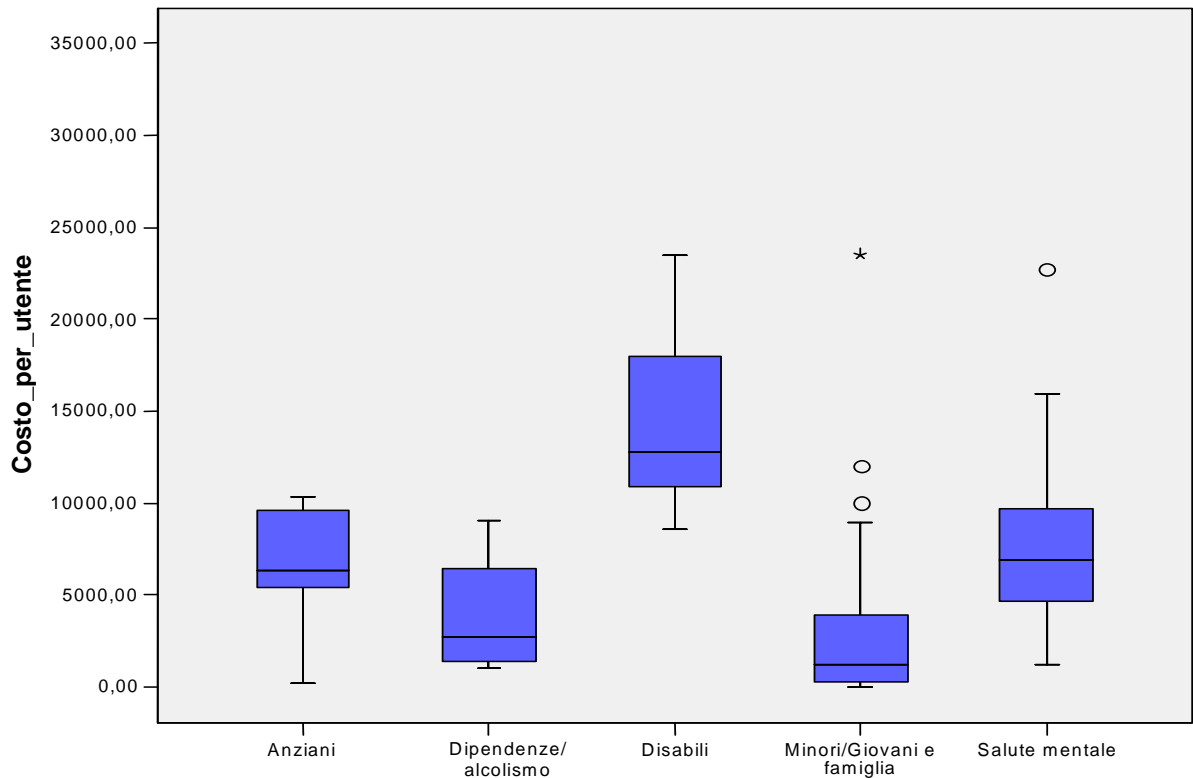
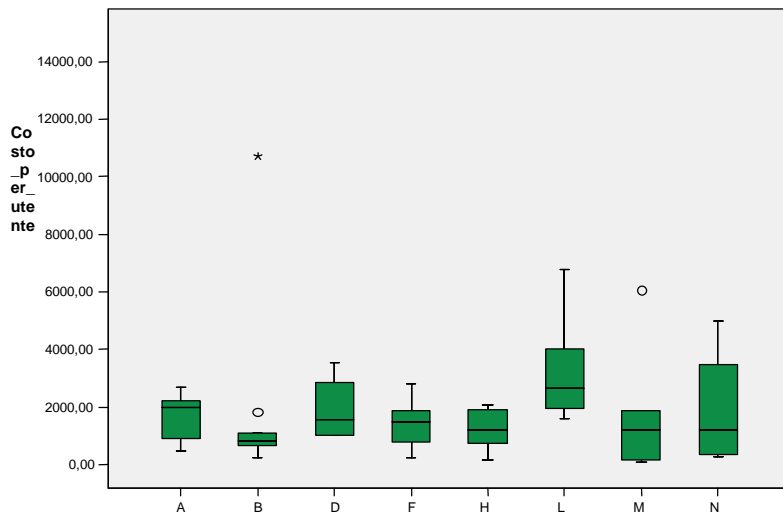


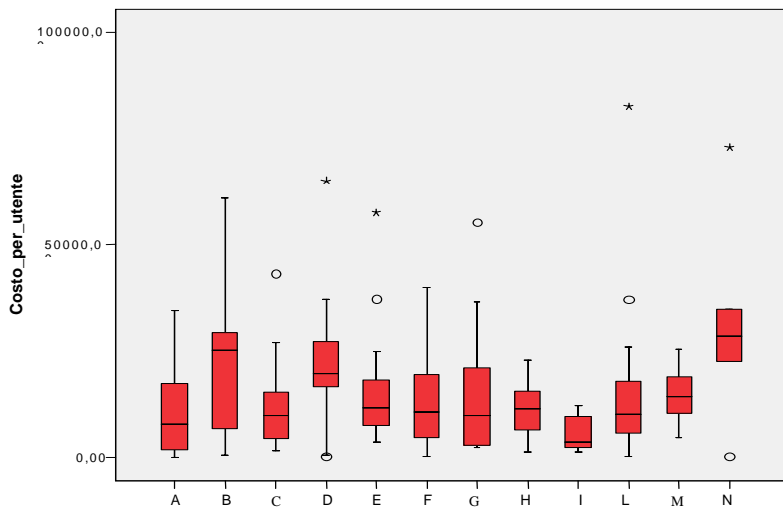
Figura 13 - Costi per utente, azioni "domiciliari": analisi per Aulss *



Aulss	N° azioni
A	7
B	9
D	4
F	9
H	10
L	12
M	5
N	4

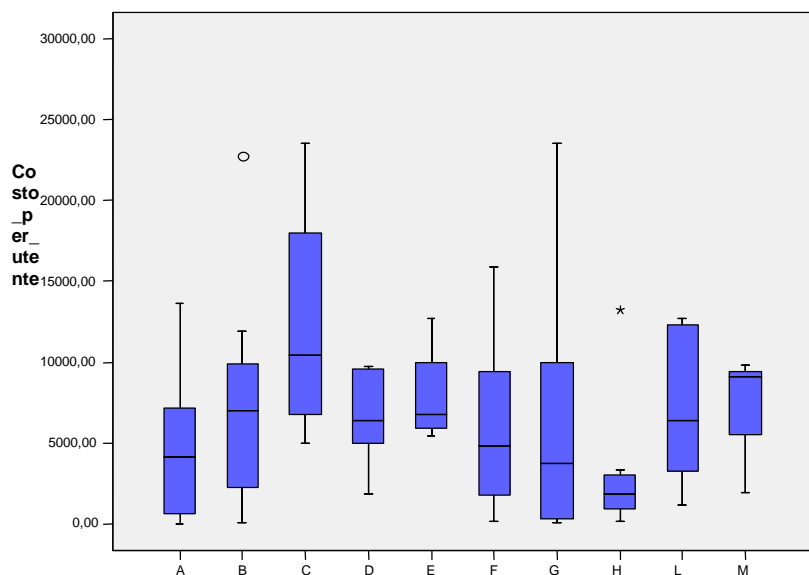
*Non compaiono le Aulss con meno di quattro azioni

Figura 14 - Costi per utente, azioni "residenziali": analisi per Aulss



Aulss	N° azioni
A	14
B	19
C	18
D	11
E	13
F	20
G	31
H	9
I	7
L	26
M	12
N	6

Figura 15 - Costi per utente, azioni "semiresidenziali": analisi per Aulss*



Aulss	N° azioni
A	11
B	11
C	6
D	5
E	4
F	8
G	35
H	8
L	8
M	4

*Non compaiono le Aulss con meno di quattro azioni

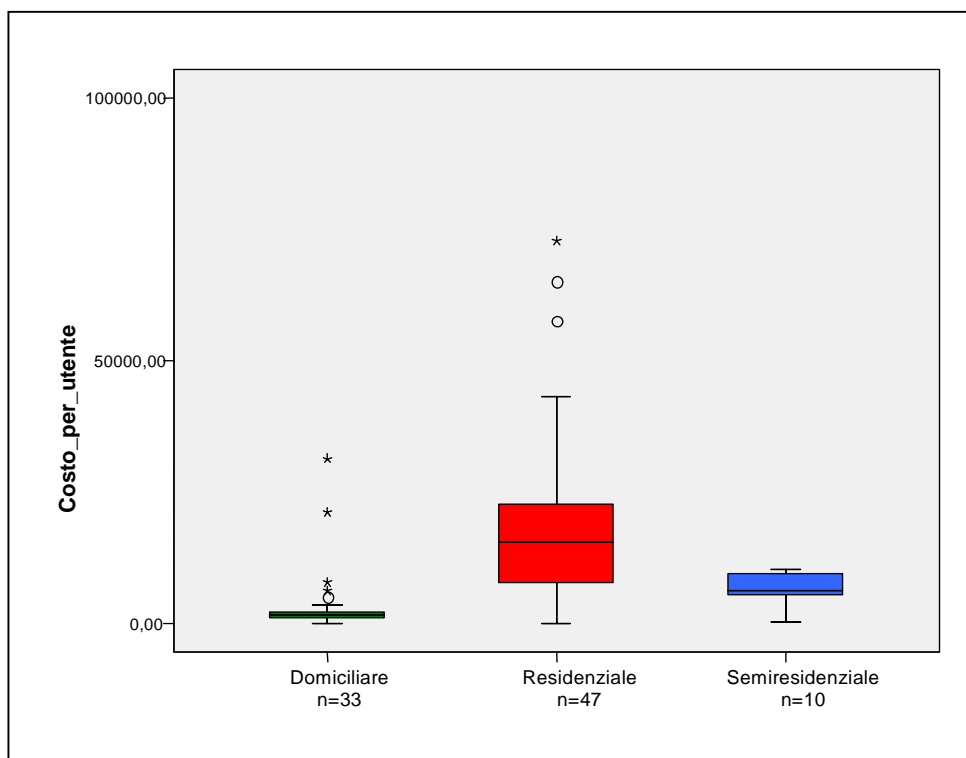
Generalmente, il grado di istituzionalizzazione residenziale presenta costi più elevati e variabili, mentre il grado domiciliare ha costi più bassi e meno variabili. Nella domiciliarità il costo per utente (togliendo le aree Generale ed Immigrazione che hanno solo un'azione) è mediamente più elevato nell'area Dipendenze/alcolismo, mentre è più basso per l'area Disabili. La Salute mentale sembra essere l'area che ha costi più variabili, invece nelle Dipendenze/alcolismo i costi variano meno.

L'Aulss che ha mediamente un costo per utente domiciliare più elevato è la *L*, la *B* è l'Azienda che ha costi più bassi e meno variabili mentre l'Azienda *N* è quella con i costi più variabili. La situazione è diversa per il grado di istituzionalizzazione residenziale. Infatti, l'area che mediamente ha un costo per utente di questo tipo più elevato è quella dei Disabili, mentre il più basso appartiene a Minori/Giovani e famiglia (escludendo le aree Generale e Immigrazione che hanno rispettivamente zero azioni o una sola azione). Come per la domiciliarità, l'area Salute mentale ha costi più variabili, invece nelle Dipendenze/alcolismo i costi variano meno. Mediamente, il costo per utente più elevato si registra nell'Aulss *N*, mentre il più basso appartiene alla *I*. Quest'ultima (forse per l'esiguo numero di azioni) è anche l'azienda che presenta costi residenziali meno variabili, invece l'Aulss *B* ha costi che variano maggiormente. Nel grado di istituzionalizzazione semiresidenziale l'area Disabili ha mediamente costi più elevati e variabili (escludendo le aree Generale, Immigrazione e Marginalità sociale che hanno zero azioni o una sola azione), mentre i costi più bassi e meno variabili appartengono all'area Minori/Giovani e famiglia. Mediamente, l'Aulss *C* sostiene costi semiresidenziali più elevati e più variabili, invece l'Azienda *H* ha costi più bassi e meno variabili.

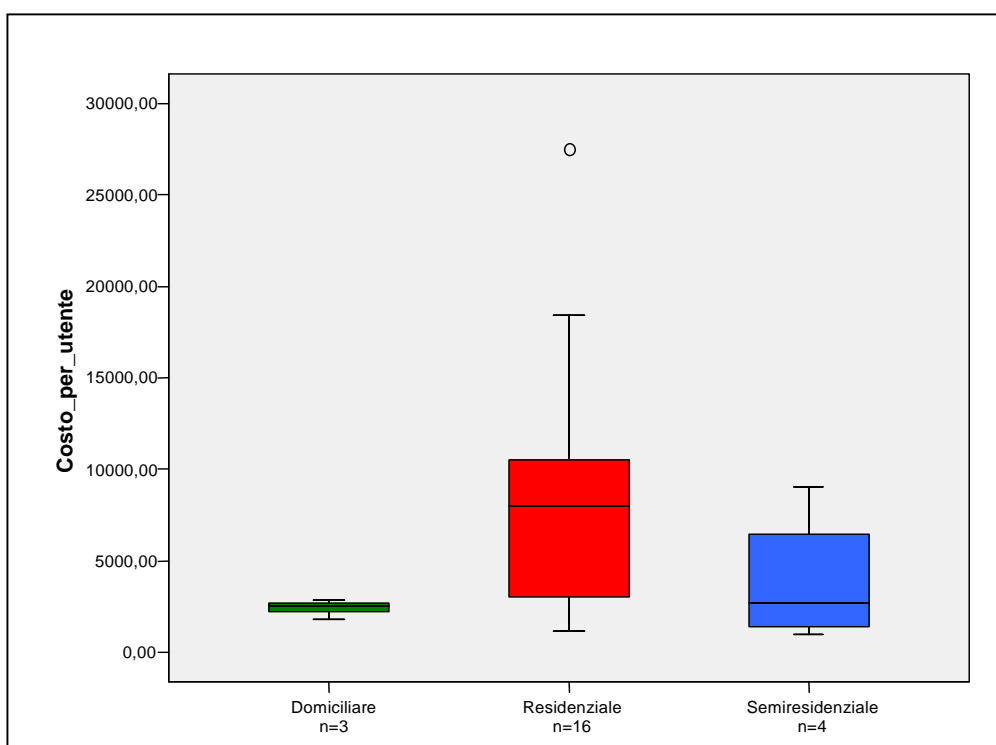
Analisi dei costi per area

Figure 16 – 21 – analisi della distribuzione dei costi per ogni grado di residenzialità nelle diverse aree

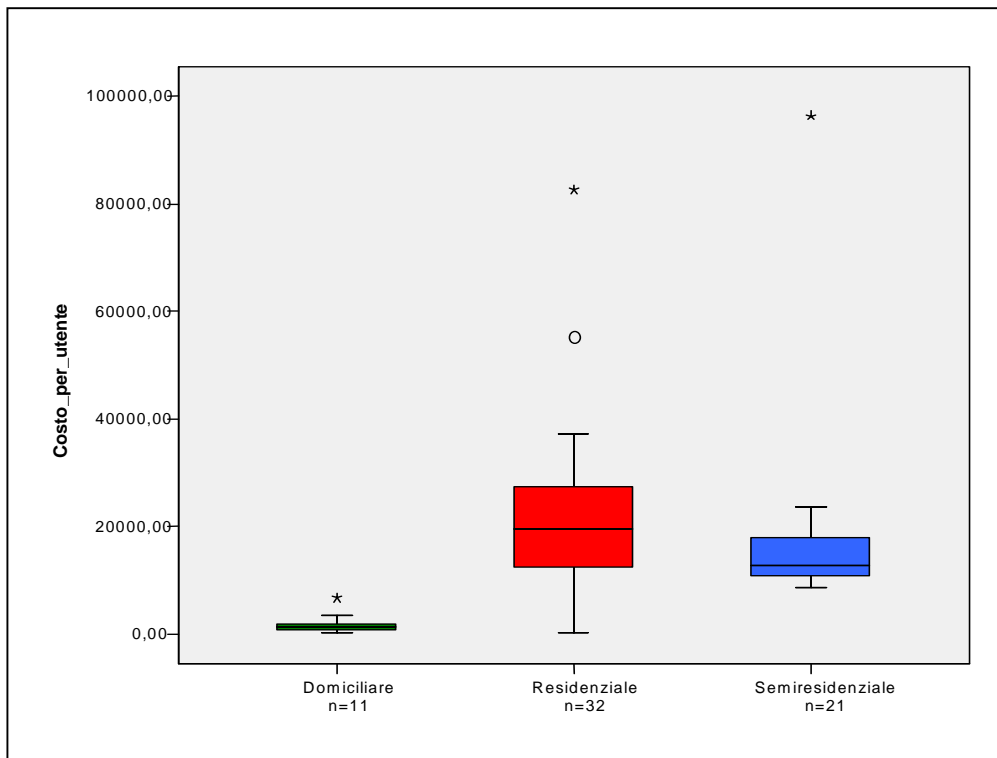
Area Anziani



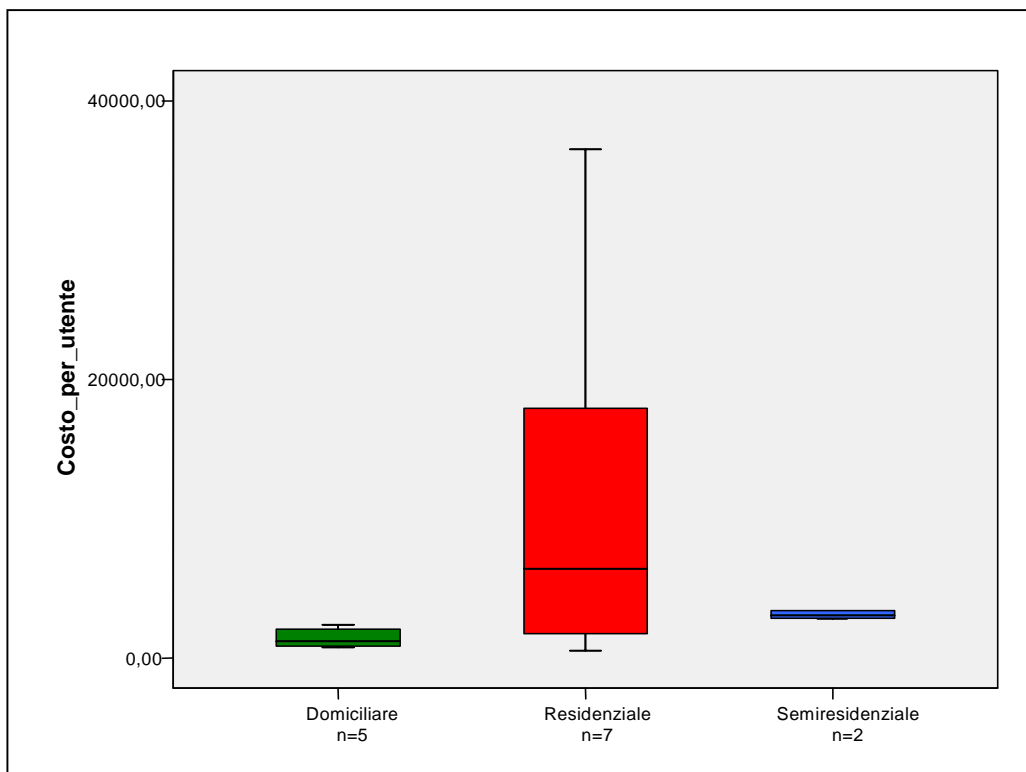
Area Dipendenze/alcolismo



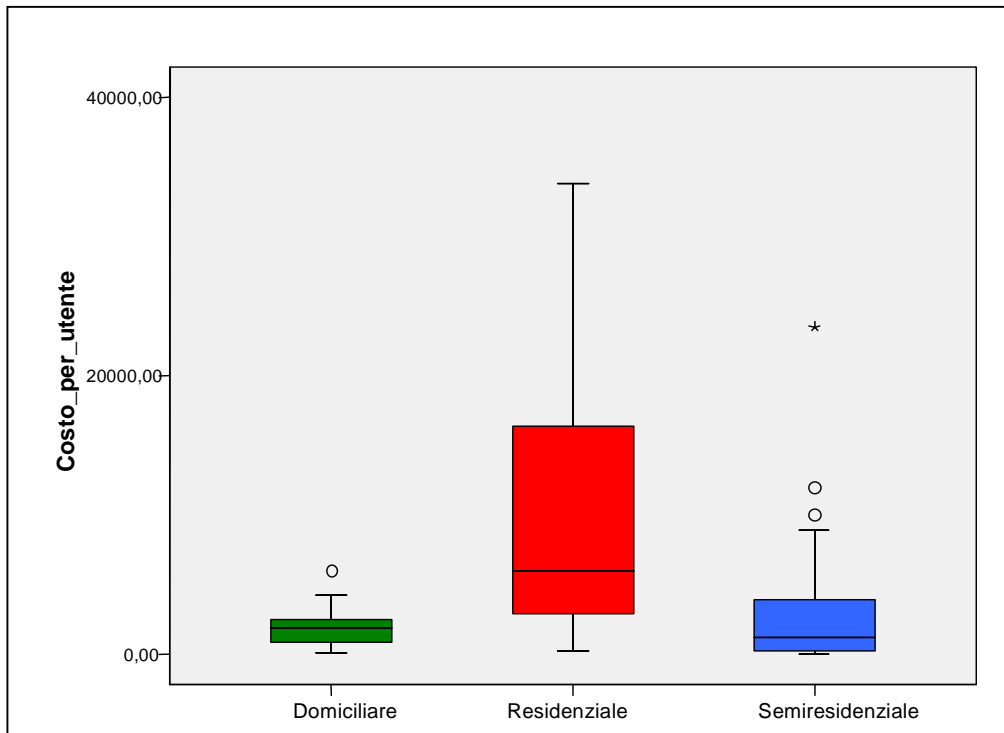
Area Disabili



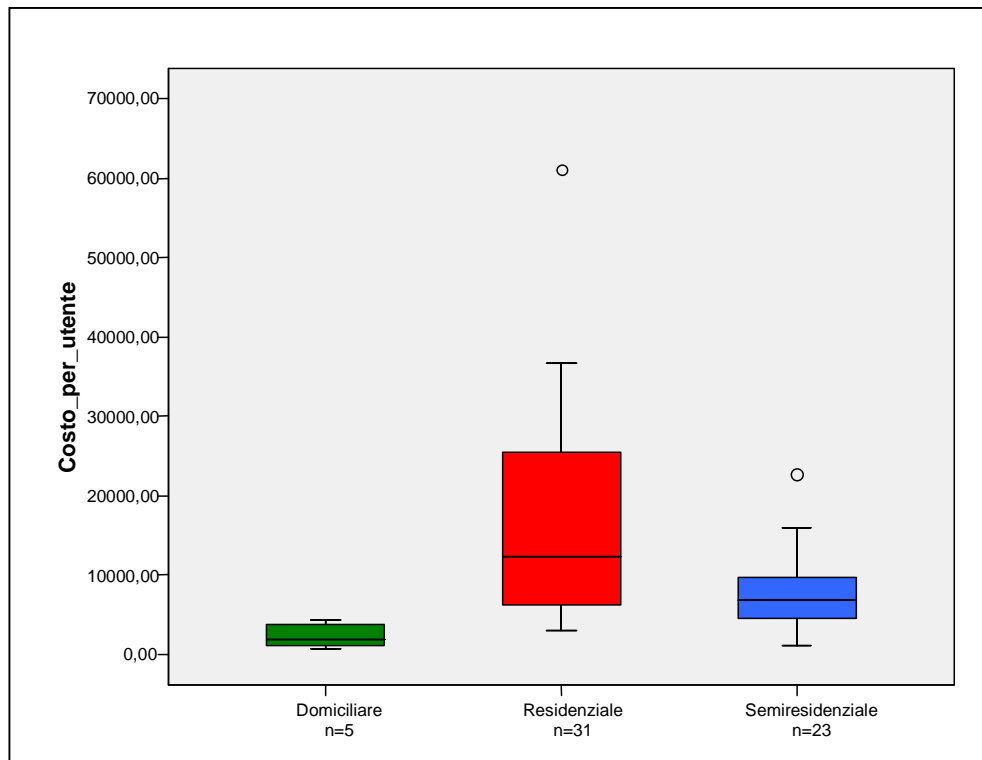
Area Marginalità sociale



Area Minori/Giovani e famiglia



Area Salute mentale



Come accade generalmente, anche nella suddivisione per aree si può notare che la residenzialità presenta costi più elevati e più variabili, mentre la domiciliarità ha costi più bassi e che variano meno. Esistono, però, delle eccezioni. Infatti, nell'area Minori/Giovani e famiglia la domiciliarità ha costi lievemente maggiori della semiresidenzialità e nell'area Marginalità sociale la semiresidenzialità ha costi più variabili della domiciliarità (probabilmente perché ha solo due azioni).

4.5.3 La copertura della domanda

La copertura della domanda è uno degli obiettivi fondamentali del monitoraggio e della valutazione, ovvero verificare che le azioni abbiano effettivamente ed efficacemente raggiunto il target previsto.

Una prima misura della copertura della domanda si ottiene rapportando il numero di utenti effettivamente raggiunti con il numero di utenti potenziali (composto da tutte le persone che, in caso di bisogno, avrebbero potuto rivolgersi al sistema dei servizi socio-sanitari). Si tratta di un indicatore non molto specifico ma molto utilizzato perché è necessario che sia in fase di programmazione che in fase di realizzazione siano esplicitate e registrate le principali caratteristiche qualitative e quantitative degli utenti del servizio.

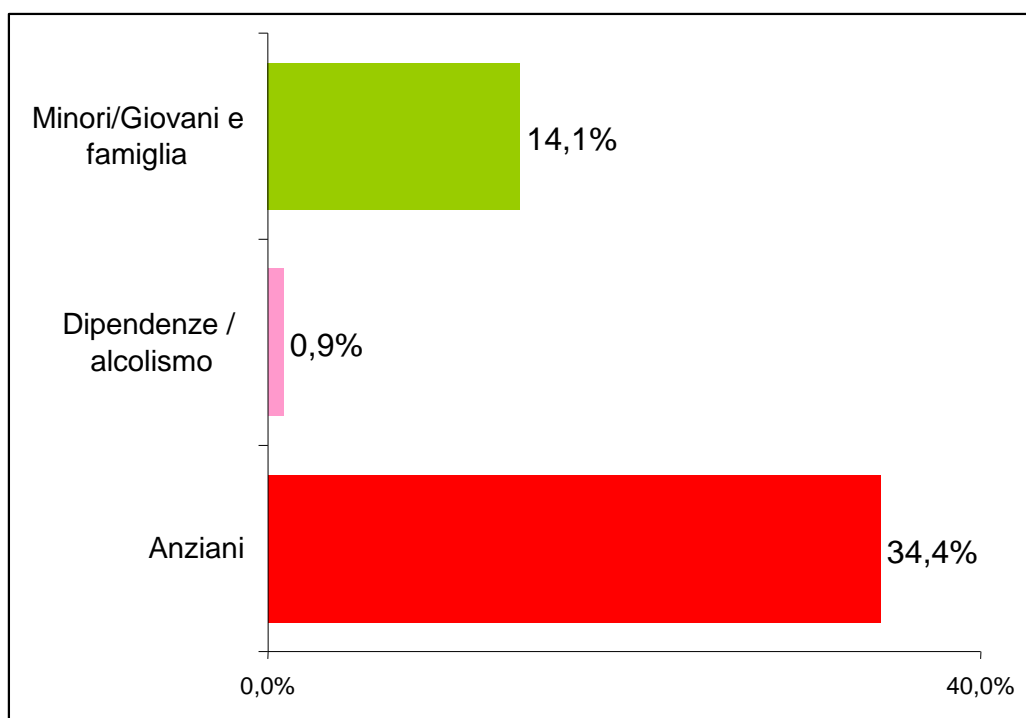
Il rapporto tra utenti effettivamente raggiunti e utenti potenziali è stato calcolato solo per le aree di intervento per le quali è stato possibile ottenere una misura, anche approssimativa, del numero di utenti che in caso di bisogno avrebbero potuto rivolgersi al sistema dei servizi socio-sanitari. Di seguito sono elencate le diverse popolazioni utilizzate (la popolazione di riferimento è quella residente in Veneto al 31/12/2004):

- persone di 75 anni e più per l'area Anziani;
- persone di 15 anni e più per l'area Dipendenze/alcolismo;
- popolazione di anni 0-25 per l'area Minori/Giovani e famiglia.

Dall'analisi dei dati raccolti presso le Aulss che hanno partecipato alla rilevazione risulta che, tra le persone sopra i 75 anni, più di una persona su tre (34,4%) sembra rivolgersi al sistema dei servizi socio-sanitari e ottenere una risposta. Elevata pare risultare anche copertura dell'area Minori/Giovani e famiglia" con il 14% di utenti potenziali raggiunti. Per quanto riguarda l'area Dipendenze sembra rivolgersi al sistema dei servizi meno di una persona su dieci.

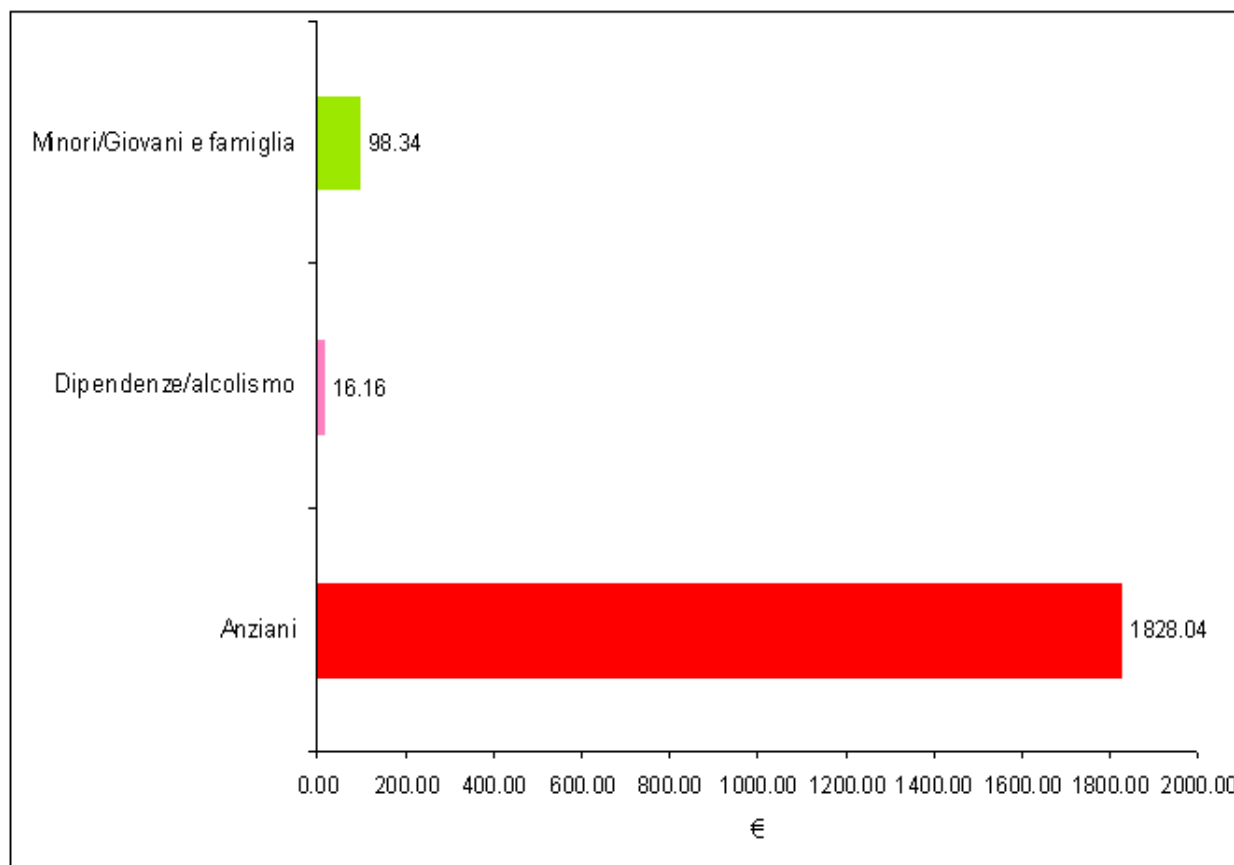
All'interno di questa tendenza generale si osservano elevate differenze tra i diversi territori analizzati. Ad esempio in alcune Aulss la copertura degli anziani sembra superare il 50% mentre in altre non raggiunge nemmeno il 20%. Tali differenze sono sicuramente almeno in parte spiegabili dal fatto che, com'è stato detto precedentemente, i dati sull'utenza sono stati rilevati in modo poco dettagliato.

Figura 22 - Rapporto utenti raggiunti dai servizi e utenti potenziali per area di intervento



E' interessante andare a vedere anche la spesa pro-capite per queste tre aree di intervento, ovvero il rapporto tra le risorse destinate a ogni singola area e la popolazione target (uguale a quella del confronto utenti raggiunti/potenziati).

Figura 23 - Rapporto risorse erogate per area e utenti potenziali



Dal grafico appare evidente che l'area Anziani, oltre ad avere una elevata copertura della domanda, ha anche una quota di spesa pro-capite molto alta rispetto alle altre due prese in esame (1828,04 €).

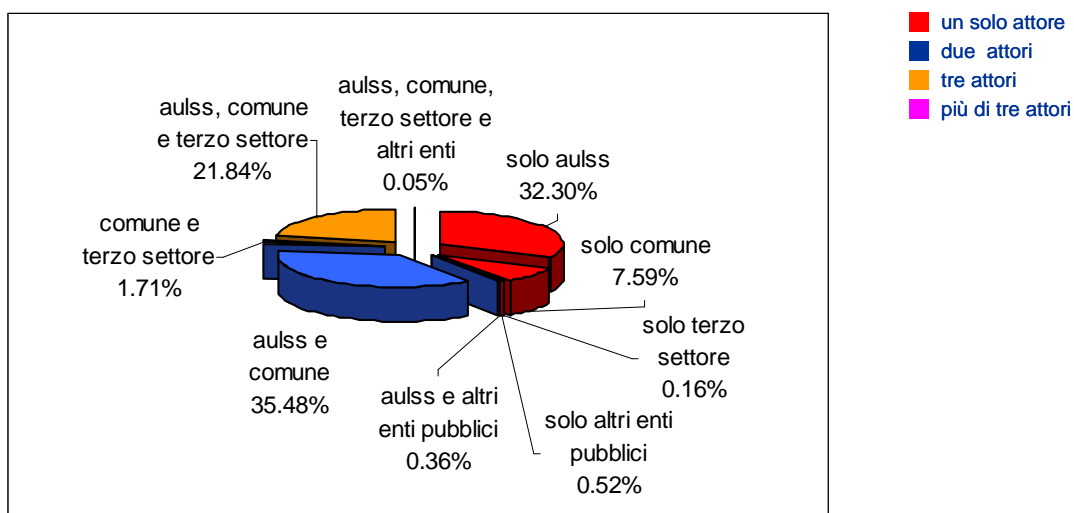
Infatti, l'area Minori/Giovani e famiglia ha una spesa pro-capite che non tocca nemmeno i 100 €, mentre alle Dipendenze sono destinati meno di 20 € a persona. Molto probabilmente la differenza è dovuta alla diversa numerosità delle popolazioni prese in esame (la fascia più numerosa è quella delle Dipendenze).

4.5.4 La gestione dei progetti

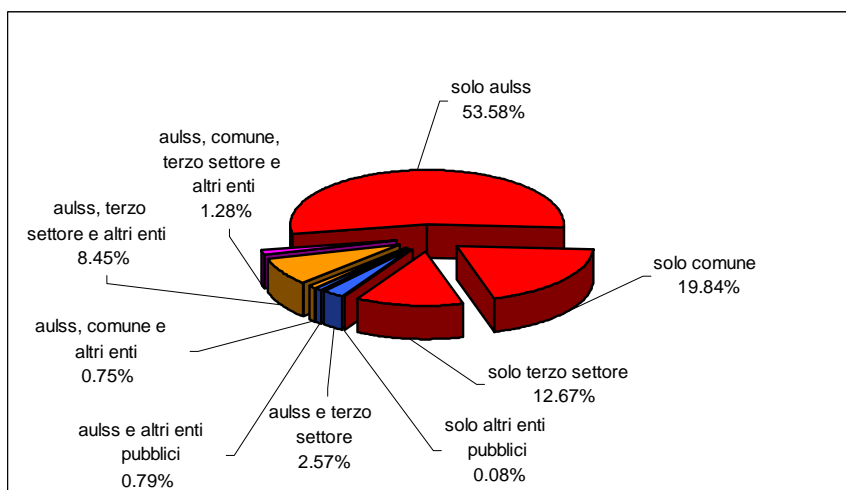
Il Piano di Zona è uno strumento determinante per governare le politiche sociali e per creare un insieme di relazioni tra i diversi soggetti che erogano o finanziano i servizi. Con i Piani si cerca, infatti, l'integrazione tra le scelte dei singoli Comuni e le politiche previste dalle Aulss, con attenzione alle dinamiche interne alle diverse aree (disabili, anziani, minori, ...). Fermarsi a Comuni, altri enti pubblici (Regione, Provincia, ...) e Aulss è però limitativo: affinché i servizi riescano a soddisfare nel modo più completo possibile le esigenze degli utenti è necessario coinvolgere anche gli attori del Terzo settore (associazioni, cooperative, fondazioni), le associazioni sindacali e i singoli cittadini. E' quindi utile verificare se nelle singole aree c'è stata questa integrazione tra gli attori coinvolti oppure se esistono ancora determinati soggetti che gestiscono gran parte dei servizi di ogni singola area o che si concentrano principalmente su specifiche problematiche. Nelle seguenti tabelle è possibile vedere come i diversi attori si collocano per quanto riguarda le gestioni dei progetti delle differenti aree.

Figure 24 –30 - Rapporto utenti raggiunti dai servizi e utenti potenziali per area di intervento

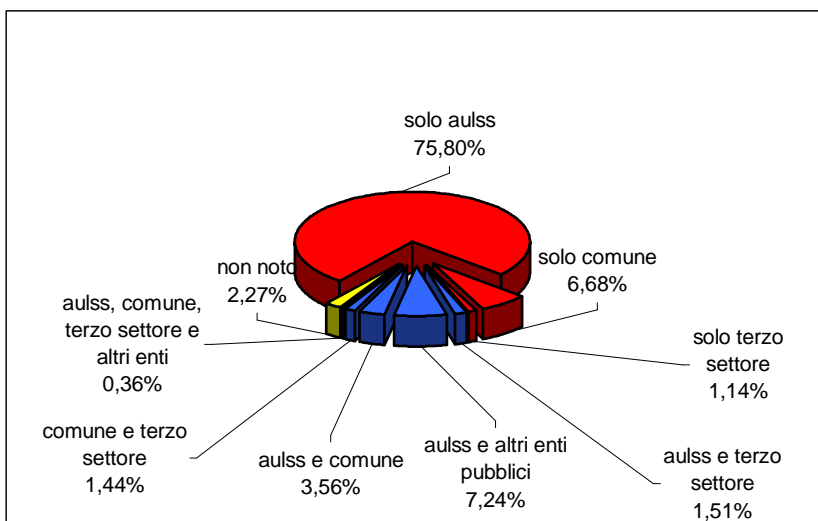
Area Anziani



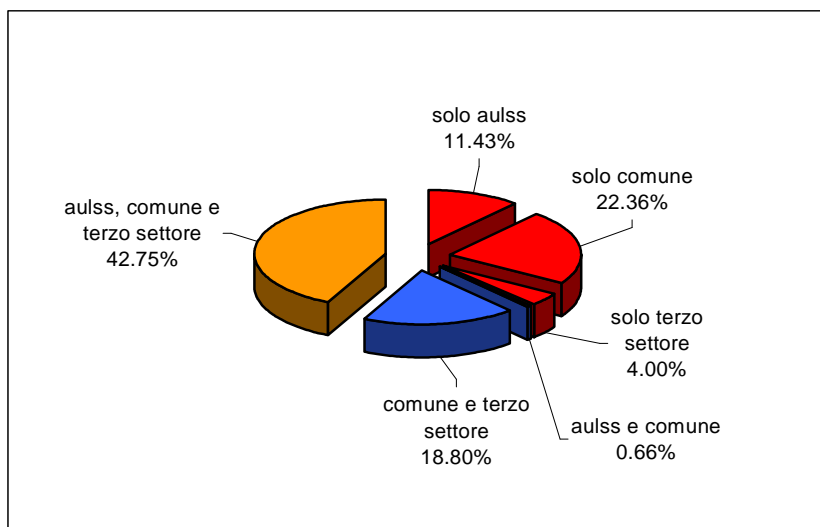
Area Dipendenze/alcolismo



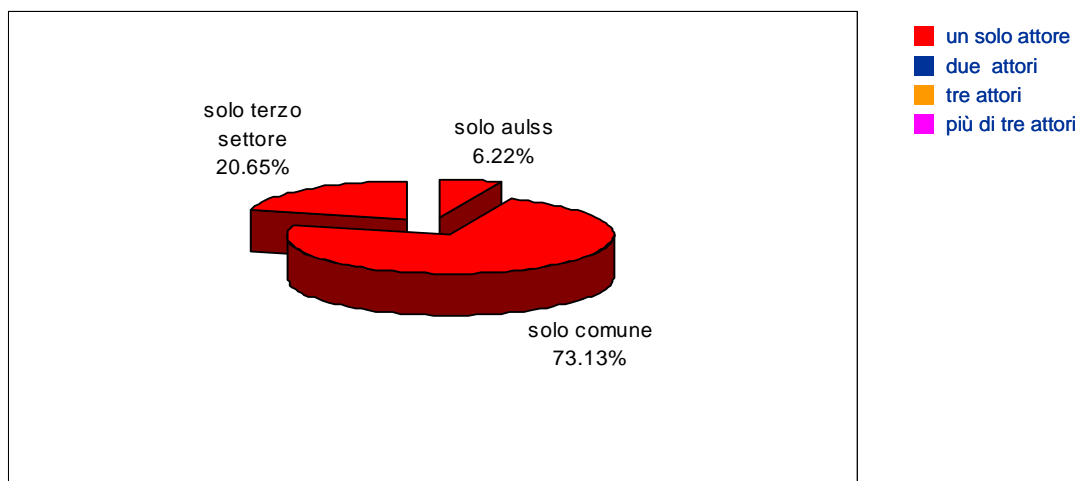
Area Disabili



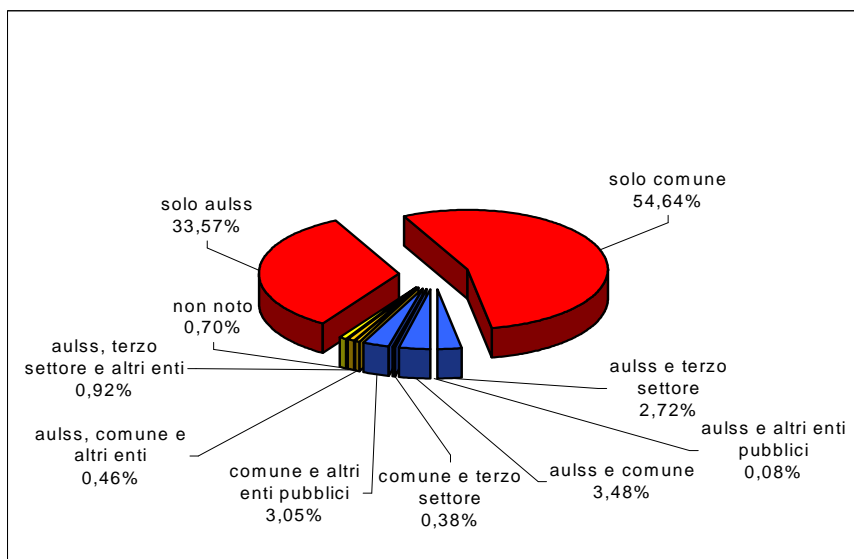
Area Immigrazione



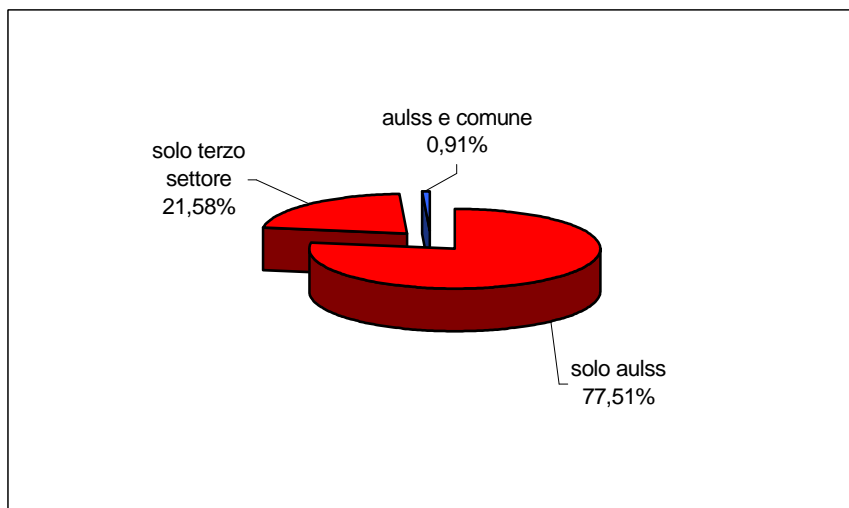
Area Marginalità sociale



Area Minori/Giovani e famiglia



Area Salute mentale



Come si può notare dai diversi grafici, la distribuzione delle gestioni dei progetti è diversa in base all'area di appartenenza delle azioni. Si va da una completa gestione dei progetti da parte di un solo attore nell'area Marginalità sociale a quella di più attori nelle aree Anziani, Dipendenze/alcolismo e Disabili. Generalmente prevale la gestione dei progetti da parte di un solo attore, mentre la gestione di più di tre attori riveste quasi sempre un ruolo inesistente o marginale. Nell'area Anziani il 40,57% dei progetti è gestito da un solo attore, il 37,55% da due soggetti, il 21,84% da tre attori e solamente lo 0,05% da più di tre soggetti. Nell'area Dipendenze/alcolismo, invece, la situazione è diversa: è maggiore la gestione di più di tre attori (1,28%), la gestione di un solo attore è quasi totale (86,17%) mentre sono molto basse le percentuali delle gestioni di due e tre soggetti (rispettivamente 3,36% e 9,2%). Nell'area Disabili non esiste la gestione di tre attori; i progetti sono gestiti per la maggior parte da un solo attore (83,62%), mentre due soggetti gestiscono il 13,75% dei progetti. Solamente lo 0,36% delle azioni è gestito da più di tre soggetti. Diversamente da quanto accade in generale, nell'area Immigrazione la maggior parte dei progetti è gestita da tre attori (42,75%), un solo soggetto gestisce il 37,79% delle azioni mentre due attori ne gestiscono il 19,46%. Come detto prima, nell'area Marginalità sociale esiste unicamente la gestione di un solo attore: il 73,13% è gestito dal Comune, il 20,65% dal terzo settore e il 6,22% dall'Aulss. Anche nell'area Minori/Giovani e famiglia non esiste la gestione di più di tre attori; un solo soggetto gestisce l'88,21% delle azioni, due attori ne gestiscono il 9,71% e tre attori l'1,38%. Nell'area salute mentale (come per quella Generale) esistono solamente due gestioni: quella di un solo attore è quasi totale (99,09%), mentre quella di due attori è di 0,91%.

4.5.5 Il confronto tra progettato e realizzato

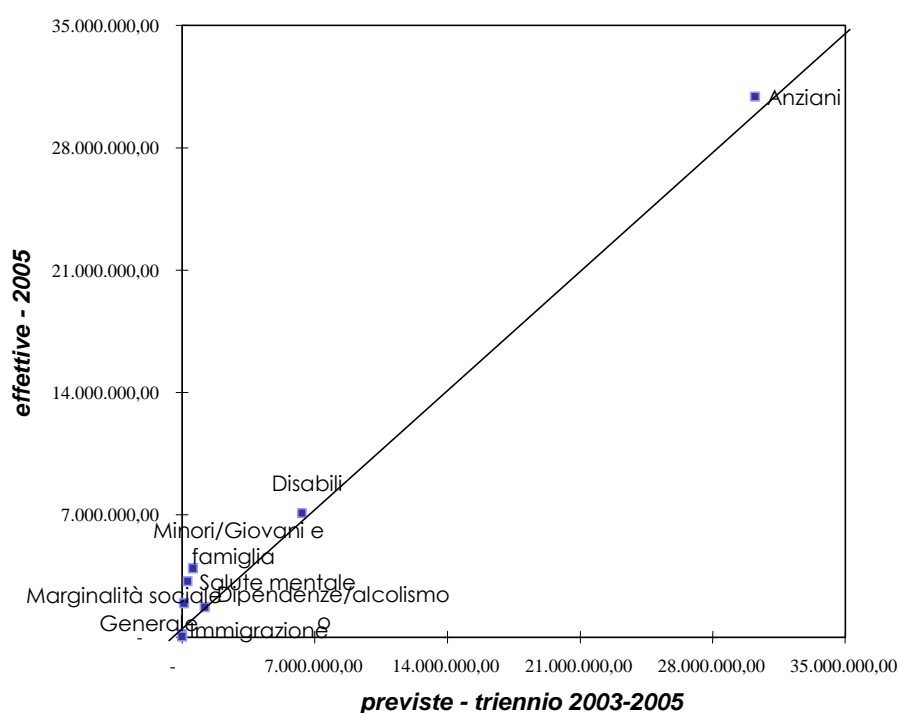
Nell'ambito della valutazione e del controllo della qualità degli interventi, una delle dimensioni fondamentali è rappresentata dalla *compliance*, ovvero il fare ciò che era stato approvato nei modi previsti.

In termini operativi questa dimensione della qualità viene misurata confrontando ciò che è stato realizzato con quanto era stato progettato rispetto al numero di utenti raggiunti, all'ammontare di risorse erogate e ad altri aspetti eventualmente esplicitati in fase di programmazione.

Nell'ambito dei Piani di Zona realizzati nell'anno 2005 non è possibile effettuare questo tipo di confronto perché i dati sulla programmazione riguardano un intero triennio (2003-2005). Ciononostante, è utile vedere lo stesso il confronto relativo alle risorse erogate, per capire le capacità revisionali nelle diverse aree delle Aulss.

Come si evince dal grafico le previsioni effettuate in questa prima esperienza erano incomplete e non corrette: in tutte le aree di intervento le risorse spese nel 2005 superano quelle previste per il triennio.

Figura 31 - Risorse previste nel 2003-2005 e risorse erogate nel 2005 per area di intervento



4.5.6 Conclusioni

Dai risultati finora presentati appare chiaro che le diversità tra le Aulss che emergono dalle analisi non sono completamente attribuibili a logiche programmatiche diverse. Sembra invece che la scarsa qualità dei dati forniti dipenda essenzialmente da quattro principali motivi:

- indicazioni poco dettagliate nella scheda di rilevazione (soprattutto per quanto riguarda risorse ed utenti);
- incapacità per alcuni Uffici di Piano di fornire informazioni attendibili poiché non in grado di reperirle;
- esistenza di più sistemi informativi che spesso si sovrappongono (rilevano in parte le stesse informazioni) e che non forniscono molte volte tutte le informazioni necessarie a fini decisionali;
- rifiuto per alcune Aulss di fornire (in tutto o in parte) dati corretti, rifacendosi teoricamente ad una logica programmatica ma rendendola, in realtà, un processo formale, che consente loro di rendere noti dati molto spesso ambigui al fine di avere maggiore autonomia.

Per quanto riguarda il terzo punto vengono presentati, nel capitolo che segue, i principali flussi informativi (emersi grazie ad interviste con alcuni Dirigenti regionali e responsabili degli Uffici di Piano) esistenti nelle aree Anziani, Disabili, Minori/Giovani e famiglia e Dipendenze/alcolismo.

Capitolo 5 - I FLUSSI INFORMATIVI ESISTENTI

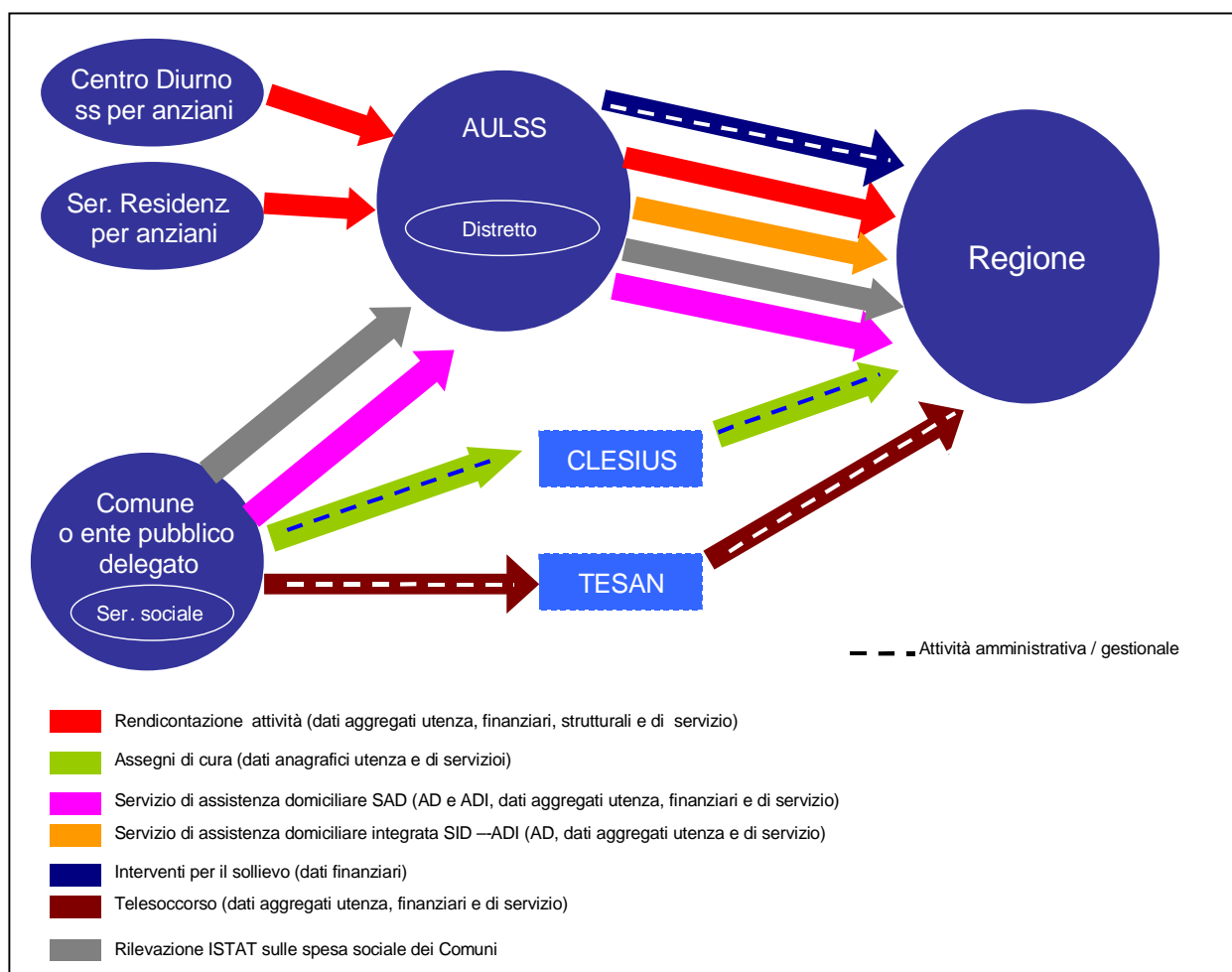
5.1 I flussi

Le attività di monitoraggio e valutazione non possono prescindere da un adeguato sistema di flussi informativi. E' infatti necessario che quest'ultimi siano in grado di generare dati completi, attendibili e corretti in modo da riuscire, in un momento successivo, a condividere basi di dati unitarie.

Nell'ambito dei Piani di Zona riuscire ad avere una mappatura dei flussi informativi esistenti significa capire quali informazioni arrivano ai diversi soggetti e, soprattutto, se arrivano per più volte e da fonti diverse. In questo modo è possibile facilitare i vari Uffici di Piano, fornendo loro indicazioni precise (contenuti, periodicità,...) per quanto riguarda il reperimento dei dati che dovranno poi indicare sulle schede di rilevazione. Lo schema è altresì utile per capire quali flussi, in futuro, potrebbero passare per l'Ufficio di Piano, così da evitare ai vari responsabili il reperimento dei dati presso le diverse fonti di informazione.

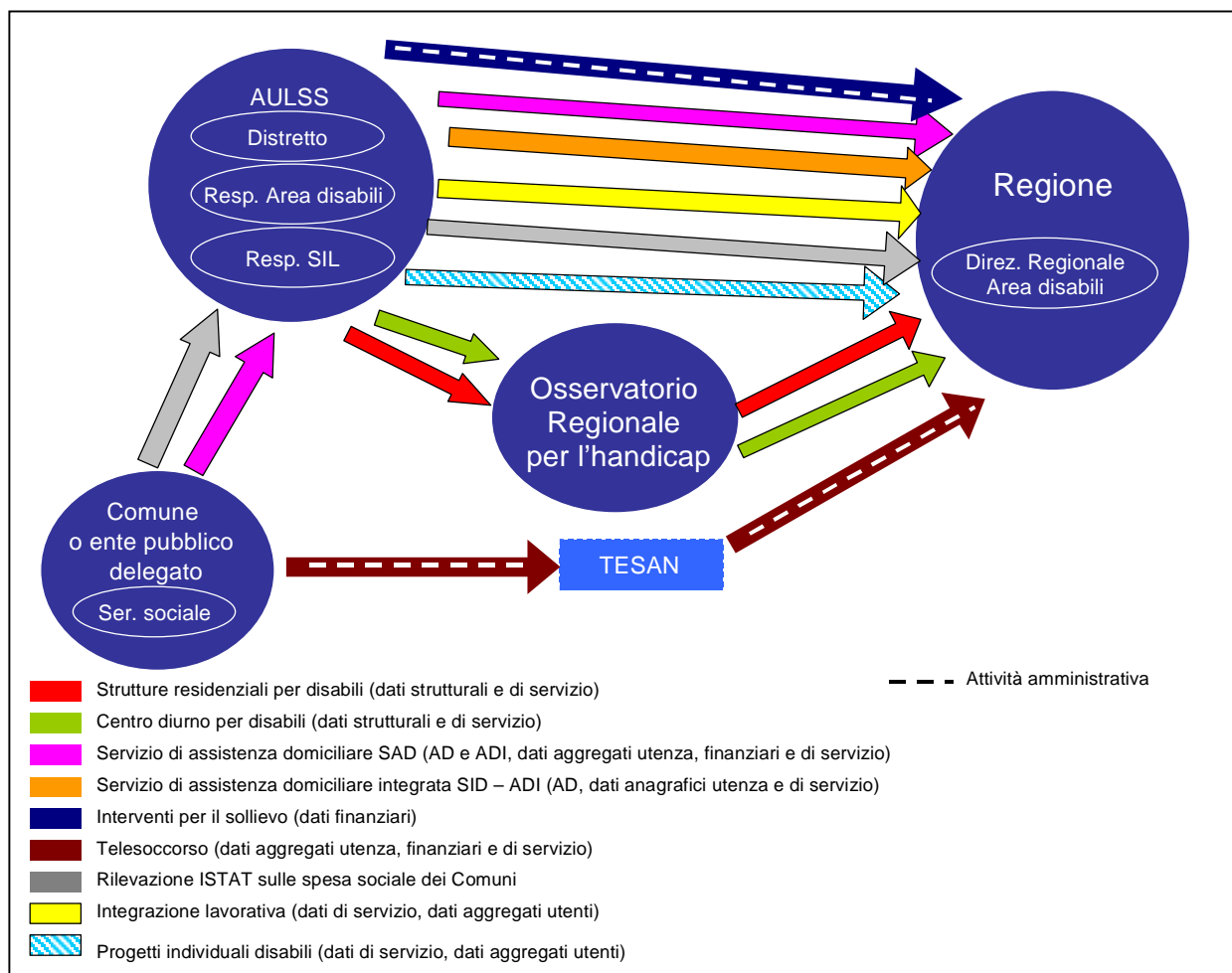
A questo proposito sono state effettuate alcune interviste a Direttori Regionali e a responsabili di alcuni Uffici di Piano per capire quali flussi esistono nelle aree Anziani, Disabili, Minori/Giovani e famiglia, Dipendenze/alcolismo. Nelle immagini che seguono sono presentati gli schemi dei flussi informativi esistenti nelle diverse aree. Ad ogni flusso informativo corrisponde un colore e per ognuno sono indicati i tipi di informazioni che vengono rilevate (dati su utenza, dati strutturali, dati finanziari e dati di servizio, con particolare indicazione dei dati amministrativi).

Figura 32: flussi informativi esistenti, area Anziani



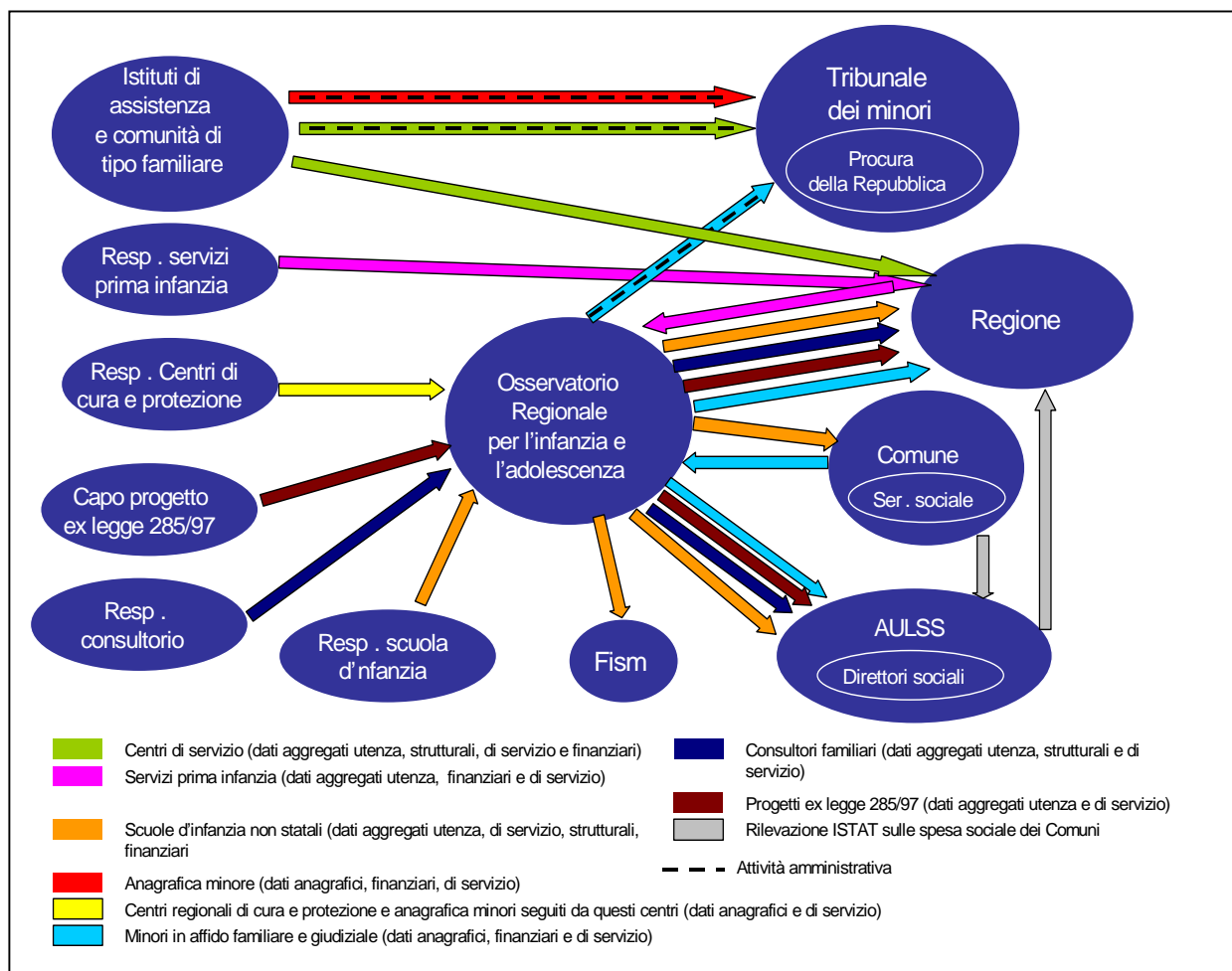
Per l'area Anziani sono emersi sette tipi di flussi informativi. Tutti hanno come ultimo attore la Regione che, quindi, è in possesso di tutte le informazioni rilevate. L'Aulss è coinvolta in ben cinque flussi come fonte dei dati o come referente per i centri diurni per anziani, servizi residenziali per gli anziani e per il Comune. I due flussi che non transitano per l'Aulss sono di carattere amministrativo: essi, infatti, vanno dal Comune alla Regione passando per due banche dati (CLESIOUS per gli assegni di cura e TESAN per il telesoccorso che, oltre ad avere la banca dati, è anche fornitore del servizio). In quasi tutti i flussi esistenti vengono trasmessi dati sull'utenza (anagrafici o aggregati), di servizio e finanziari mentre solamente in uno sono trasmessi dati strutturali.

Figura 33: flussi informativi esistenti, area Disabili



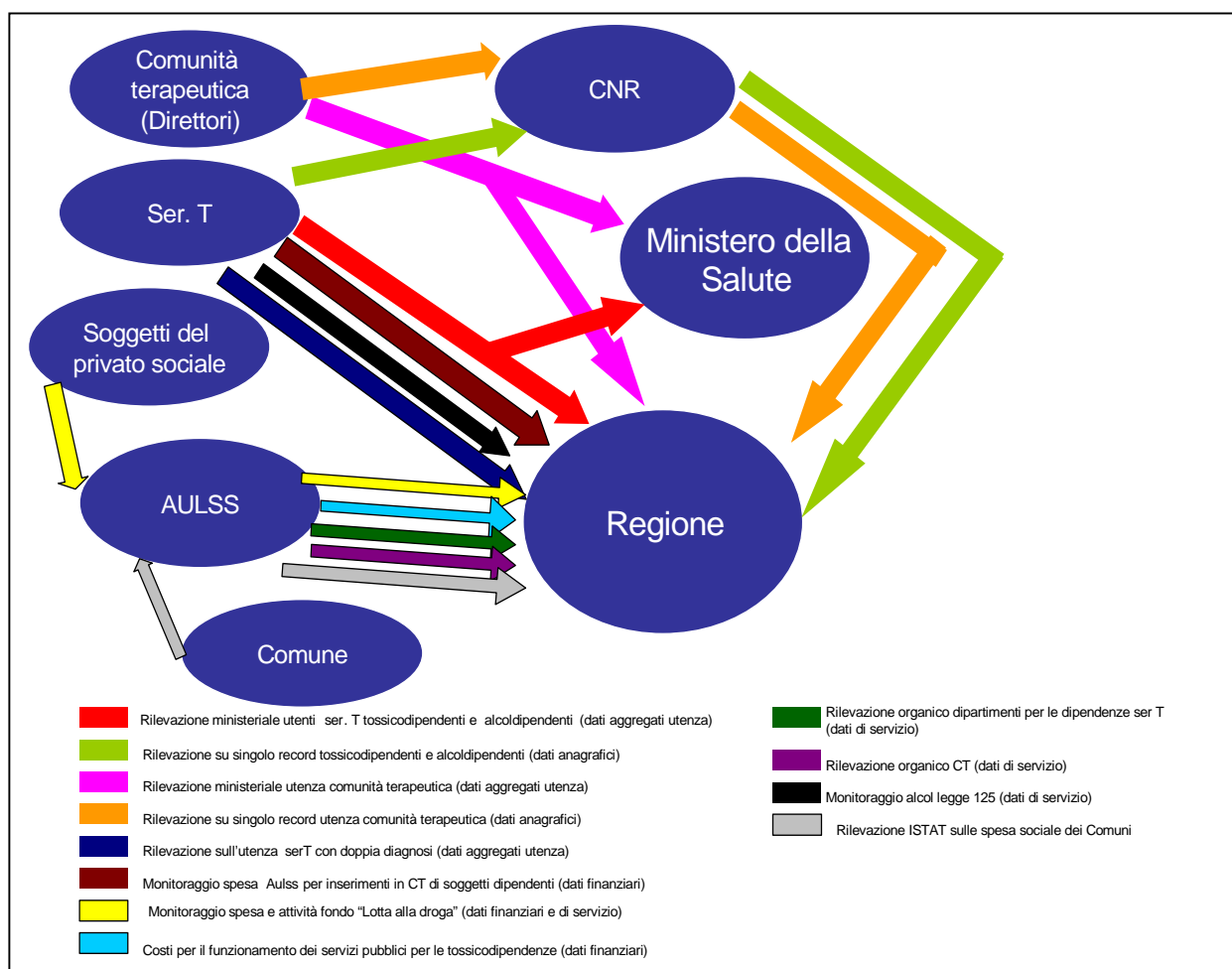
Nell'area Disabili esistono nove flussi informativi, di cui cinque sono uguali a quelli dell'area Anziani (SAD, SID-ADI, interventi per il sollievo, telesoccorso, rilevazione ISTAT). Tutti i dati passano per l'Aulss o sono forniti dalla stessa eccetto il flusso del telesoccorso (che ha lo stesso percorso dell'area Anziani). Rispetto all'area precedente, nei Disabili esiste un nuovo attore: l'Osservatorio Regionale per l'handicap, a cui confluiscono dati sulle strutture residenziali e sui centri diurni per disabili (dati che poi invia alla Regione). Tutti i flussi informativi hanno come ultimo attore la Regione. Dallo schema si può notare che la freccia del flusso sui progetti individuali sui disabili è diversa dalle altre: questo accade perché le informazioni su questi progetti non sono rilevate attraverso una scheda strutturata, bensì ogni Aulss fornisce una libera relazione. Anche in questo caso sono pochi i flussi che rilevano dati strutturali.

Figura 34: flussi informativi esistenti, area Minori/Giovani e famiglia



I nove flussi informativi esistenti nell'area Minori/Giovani e famiglia hanno caratteristiche diverse rispetto ai precedenti. Infatti, l'attore che raccoglie e fornisce la maggior parte delle informazioni è l'Osservatorio Regionale per l'infanzia e l'adolescenza e non tutti i flussi hanno come ultimo soggetto la Regione (l'anagrafica minori va direttamente al Tribunale dei minori e la rilevazione sui centri di cura e protezione arriva all'Osservatorio). L'Aulss raccoglie dati provenienti da cinque flussi ma li trasmette solo nel caso della rilevazione ISTAT (alla Regione). Esistono tre flussi amministrativi e tutti e tre hanno come ultimo destinatario il tribunale dei minori. In tutti i flussi vengono rilevati dati sull'utenza (sia anagrafici che aggregati) e sul servizio, mentre continuano ad essere pochi i flussi che rilevano dati strutturali.

Figura 35: flussi informativi esistenti, area Dipendenze/alcolismo



Nell'area Dipendenze/alcolismo esiste il numero maggiore di flussi (dodici). In quest'area la Regione torna ad essere il soggetto a cui arrivano i dati di tutte le rilevazioni, mentre il Comune è coinvolto unicamente nella rilevazione dell'ISTAT. L'Aulss fornisce dati o è intermediaria in meno della metà dei flussi esistenti. Un ruolo importante è ricoperto dal Ministero della Salute e dal CNR, che arrivano ad avere tutti i dati sull'utenza dei serT e delle comunità terapeutiche. In quest'area, a differenza delle altre, non esistono flussi che rilevano dati strutturali e ci sono ben sei flussi che non forniscono informazioni sull'utenza. Non esistono, inoltre, flussi di carattere amministrativo.

5.2 Le sovrapposizioni

Dai grafici precedenti è possibile capire quali flussi esistono tra i diversi attori e i tipi di dati che vengono scambiati. Non si vedono, però, le sovrapposizioni, ovvero i casi in cui un soggetto si ritrova ad avere per più volte lo stesso dato.

Di seguito viene riportata una tabella relativa ai dati dell'utenza dell'area Anziani. Per ogni servizio sono indicati i tipi di dati rilevati e gli attori che vengono in possesso dei dati stessi.

Tabella 36: tipi di dati rilevati per ogni servizio e gli attori che vengono in possesso dei dati stessi

UTENTI del servizio:	AULSS	REGIONE	COMUNE
Centro diurno	Rendicontazione attività (dati aggregati per servizio)	Rendicontazione attività (dati aggregati per servizio)	
	rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per servizio)
Servizio residenziale	Rendicontazione attività (dati aggregati per servizio)	Rendicontazione attività (dati aggregati per servizio)	
	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per servizio)
Assistenza domiciliare integrata	Rilevazione SID-ADI (dati anagrafici)	Rilevazione SID-ADI (dati aggregati per aulss)	
	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)
Assistenza domiciliare	Rilevazione SAD (dati aggregati per comune)	Rilevazione SAD (dati aggregati per aulss)	Rilevazione SAD (dati aggregati per comune)
	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)
Telesoccorso		Gestione amministrativa (dati aggregati per comune) ¹	Gestione amministrativa (dati anagrafici)
	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)
Assegni di cura		Gestione amministrativa (dati aggregati per comune) ²	Gestione amministrativa (dati anagrafici)
Interventi per il sollievo			
Altri servizi sociali del comune	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per comune)	Rilevazione Istat (dati aggregati per servizio)

¹ Gestione dei dati anagrafici affidata a TESAN

² Gestione dei dati anagrafici affidata a CLESIOUS

Dalla tabella si può notare che per due tipi di servizi sono rilevati dati sull'utenza solo con un'unica rilevazione (assegni di cura e altri servizi sociali del Comune). Nelle altre, invece, esiste sempre una duplice rilevazione: quella dell'ISTAT (che rileva dati sull'utenza aggregati per comune) e la rilevazione specifica (dati anagrafici o aggregati o per servizio, o per Aulss o per Comune). Accade, quindi, che (per fare un esempio) nella rilevazione sul telesoccorso la Regione abbia dati sull'utenza aggregati per Comune provenienti sia dalla banca dati TESAN sia dalla rilevazione dell'ISTAT. Duplicazioni di questo tipo potrebbero essere evitate se si riuscisse a fare in modo che un dato, una volta rilevato, potesse essere inviato automaticamente a tutti i diversi attori che devono venirne a conoscenza, senza aver bisogno di molteplici rilevazioni che portano solo a creare errori e confusione.

Capitolo 6 - CONCLUSIONE

Dai risultati della valutazione dell'anno 2005 dei Piani di Zona è possibile vedere che ogni singola Aulss ha costruito il documento di Piano secondo proprie logiche e concezioni. Ogni realtà territoriale usa, infatti, nomi attribuiti autonomamente per servizi/unità operative magari simili (o utilizza nomi uguali per servizi addirittura molto diversi), tranne nei casi in cui vi sia una esplicita indicazione regionale.

Ciò conferma l'autonomia delle varie Aziende ma anche la difficoltà (se non impossibilità, almeno per il momento) di produrre comparazioni utili al confronto, anche soprattutto se alcune Aulss non dichiarano nessuna delle azioni che effettuano in particolari aree.

Sembra, quindi, che il Piano di Zona sia vissuto poco come strumento di costruzione delle politiche e di programmazione economica. Infatti, la valutazione mette in luce, nel confronto tra i dati di rilevazione del realizzato con quelli presenti nei documenti di piano, che quelli soprattutto economici non sembrano di uso manageriale, perché poco realistici o carenti (vedi il confronto progettato / realizzato).

In futuro si dovrà perciò giungere ad una maggiore uniformità dei linguaggi, ovvero alla definizione di criteri il più possibile omogenei e condivisi, poiché si è visto che criteri differenti da parte di chi produce e raccoglie i dati porta a risultati consistentemente diversi e quindi ad una comparabilità ridotta se non nulla.

Affinché gli Uffici di Piano riescano un giorno a produrre un'auto-valutazione delle azioni poste in essere nel proprio territorio (utile anche al confronto con altri ambiti territoriali) è necessario inoltre giungere ad una semplificazione dei flussi informativi esistenti (in termini di attori coinvolti, periodicità, contenuti,...), in modo da facilitare il reperimento delle informazioni che servono per il monitoraggio, magari facendo in modo che tutti (o la maggior parte di essi) passino per l'Ufficio di Piano stesso.

Riuscire, però, in futuro ad avere un'uniformità di linguaggio, schede di rilevazione più dettagliate e flussi informativi più semplici, che non si sovrappongono e utili a fini decisionali è inutile se prima non si giunge ad un coinvolgimento completo di

tutti gli attori (Aulss) che devono fornire i dati. Bisogna riuscire ad impedire il comportamento strategico che li porta a non dare informazioni corrette per avere maggiori margini di autonomia, al fine così di trasformare la logica programmatoria che per loro è formale in una logica programmatoria effettiva. In questo modo si riuscirà ad ottenere dagli attori dati corretti, in cui si riconoscono ma che soprattutto servono a loro per costruire una programmazione che fornisca efficaci ed efficienti risposte ai bisogni presenti nel loro territorio.

Bibliografia

- [1] L. Bernardi, *“Percorsi di ricerca sociale”*, Carocci editore, 2005
- [2] A. Battistella, U. de Ambrogio, E. Ranci Ortigosa, *“Il Piano di Zona: costruzione, gestione, valutazione”*, Carocci editore, 2004
- [3] K. Avanzini, U de Ambrogio, *“Valutare il Piano sociale di Zona”*
- [4] G. Audasso, *“Opportunità dei Sistemi statistici regionali”*
- [5] V. Egidi, E. Giovannini, *“Sistemi informativi per l’analisi di fenomeni complessi e multidimensionali”*
- [6] P. Bellini. S. Campostrini, *“Produzione ed integrazione dei dati statistici ed informazioni sulla sanità e sulla salute in Italia”*, 2001
- [7] *“Linee guida venete per la predisposizione dei Piani di Zona”*