

**I nuovi strumenti della  
programmazione regionale:  
la sfida del profilo di comunità  
e dell'atto di indirizzo  
e coordinamento triennale**

Ottobre 2009

La cassetta dei nuovi attrezzi per il welfare regionale  
e territoriale.

Nuovi strumenti integrati  
di programmazione territoriale,  
monitoraggio e valutazione



# La sfida del profilo di comunità e dell'atto di indirizzo e coordinamento triennale: un'analisi dei nuovi strumenti della programmazione



Assessorato Promozione politiche sociali e educative per l'infanzia e l'adolescenza,  
politiche per l'immigrazione, sviluppo del volontariato, associazionismo, terzo settore

Assessorato Politiche per la salute



Il Rapporto è a cura del Servizio Programmazione e Sviluppo dei Servizi Sociali. Promozione Sociale. Terzo settore, Servizio Civile. Il coordinamento del lavoro di analisi e di redazione del rapporto è a cura di **Francesca Ragazzini**.



L'azione di ricerca i cui esiti confluiscono nel presente Report è stata curata da un'équipe di ricercatori Iress composta da **Marisa Anconelli, Daniela Farini, Alessandro Martelli, Rossella Piccinini, Valerio Vanelli**. La stesura del report, che si avvale delle analisi ed elaborazioni dell'intera équipe di ricerca, è stata curata in particolare da Marisa Anconelli e Rossella Piccinini.

Un gruppo di lavoro regionale composto da: **Barbara Calderone, Elena Cantoni, Clara Curcetti, Andrea Donatini, Alba Finarelli, Franca Francia, Rossana Mignani, Augusta Nicoli, Monica Pedroni, Simonetta Puglioli, Monica Raciti, Francesca Ragazzini, Barbara Schiavon, Raffaella Stiasi, Clara Tommasini, Angela Zanichelli**, ha svolto azione di raccordo e confronto sui contenuti.

Si ringraziano **Gabriele Annoni, Luisa Babini, Paola Castagnotto, Laura Farneti, Simona Ferlini, Bruna Ferrari, Mara Gobbi, Cristiano Guagliata, Federica Maselli, Fabrizia Paltrinieri, Eno Quargnolo, Drusilla Sangermani, Maria Caterina Sateriale, Silvia Tizzoni, Maria Cristina Volta, Tonino Zanolì**, che attraverso la partecipazione ai focus group o attraverso contatti diretti con il Servizio Programmazione e Sviluppo Servizi Sociali hanno garantito la possibilità di approfondire alcuni temi oggetto di analisi e di condividere alcuni contenuti del presente report.

Il presente rapporto è disponibile in formato PDF sul sito della Regione Emilia Romagna al link:

**<http://www.emiliaromagnasociale.it>**

Allo stesso link sono scaricabili anche i testi dei Profili di comunità e degli Atti di Indirizzo delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie.

# Indice

<b>PRESENTAZIONE</b>	<b>1</b>
<b>CAP. 1 L'ANALISI DEI PROFILI DI COMUNITÀ E DEGLI ATTI DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO TRIENNALI: OBIETTIVI E IMPOSTAZIONE</b>	<b>3</b>
1.1 Gli obiettivi dell'analisi	4
1.2 Azioni svolte	5
<b>CAP. 2 PROFILO DI COMUNITÀ E ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO TRIENNALE: I PROCESSI</b>	<b>7</b>
2.1 Profilo e Atto di indirizzo: due documenti, tanti processi	8
2.2 La "costruzione" dei Profili: i soggetti coinvolti	8
2.3 Uno sguardo d'insieme agli Atti di indirizzo	9
2.4 Gli Atti di indirizzo: esemplificazioni di impostazioni e contenuti	10
2.5 Le connessioni fra i due documenti programmatori	13
2.5.1 Le rielaborazioni dei Profili di comunità	13
2.5.2 Il passaggio dai bisogni alle priorità strategiche	15
2.6 Il Profilo di comunità è stato uno strumento per la programmazione integrata?	16
<b>CAP. 3 METODI E PRATICHE PER LA STESURA DEI PROFILI DI COMUNITÀ: STILI A CONFRONTO</b>	<b>17</b>
3.1 L'impostazione del Profilo di comunità: sintesi di un percorso complesso	18
3.2 La diversità dei Profili	20
3.3 Qualche schematizzazione può aiutare...	21
3.4 L'utilizzo degli indicatori proposti: la diversità entro il Profilo	22
3.5 Indicazioni di metodo per alcuni ambiti	24
3.6 Il Profilo di comunità: uno strumento efficace per la lettura della comunità stessa?	26
<b>CAP. 4 La comunità in cui viviamo</b>	<b>27</b>
4.1 Dal macro (la comunità) al micro (le famiglie): struttura e dinamiche demografiche	28
4.1.1 In estrema sintesi....	28
4.1.2 Più in dettaglio...	28
4.2 Vivere di più, vivere meglio?	30
4.2.1 In estrema sintesi....	30
4.2.2 Più in dettaglio...	30
4.3 Fattori fondamentali per il benessere: qualità dell'aria e dell'ambiente	32
4.3.1 Pochi dati, ma eloquenti	32
4.4 I tanti volti della sicurezza	32
4.4.1 Furti, incidenti stradali, infortuni domestici e sul lavoro	33
4.4.2 Più in dettaglio...	33
4.5 I tanti volti della salute	34
4.5.1 Mortalità e cause di morte, abitudini alimentari, attività fisica: un puzzle complesso	34
4.5.2 Più in dettaglio...	36
4.6 Profilo socio-economico	36
4.6.1 In estrema sintesi....	36
4.6.2 Più in dettaglio....	37
4.7 Mobilità: i principali contenuti trattati	38
<b>CAP. 5 SERVIZI, RISORSE, DOMANDA ESPRESSA E SODDISFATTA</b>	<b>41</b>
5.1 L'universo anziani: risposte crescenti a bisogni dinamici	42
5.1.1 Analisi del fenomeno	43
5.2 Servizi, interventi e strutture a sostegno di famiglie, bambini, adolescenti	46
5.2.1 Analisi del fenomeno	46
5.3 Immigrazione: problemi di "normalità"	49
5.3.1 Analisi del fenomeno	49
5.4 Esclusione sociale e povertà	49
5.4.1 Analisi del fenomeno	49
5.5 Disabili: nuove sfide per i servizi	50
5.5.1 Analisi del fenomeno	50
5.6 L' "universo sanità", fra cura e prevenzione	53
5.6.1 Analisi del fenomeno	53
5.7 Educare, crescere, istruirsi in Emilia-Romagna	56
5.7.1 Analisi del fenomeno	56
5.8 Casa e politiche abitative	59
5.8.1 Analisi del fenomeno	59
5.9 Qualche cenno al sostegno al lavoro	60

5.10	Cultura e tempo libero	61
5.10.1	Analisi del fenomeno	61
5.11	Reti sociali e solidaristiche	62
<b>CAP. 6 LE INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE</b>		<b>63</b>
6.1	I Profili di comunità come strumento olistico di programmazione. Una scommessa vinta?	64
6.2	Indicazioni per la programmazione: gli anziani	64
6.3	Indicazioni per la programmazione: famiglie e minori	65
6.4	Indicazioni per la programmazione: l'immigrazione	66
6.5	Indicazioni per la programmazione: esclusione sociale e povertà	67
6.6	Indicazioni per la programmazione: i disabili	67
6.7	I Profili come strumenti per la programmazione: l'ambito sanitario	68
6.8	Indicazioni per la programmazione: l'ambito educativo e socio-educativo	69
6.9	Indicazioni per la programmazione: politiche abitative	69
6.10	Uno sguardo "globale": principali tendenze e criticità	70
<b>CAP. 7 NOTE DI SINTESI PER UNA VALUTAZIONE</b>		<b>73</b>
7.1	La parola agli attori principali: Atto e Profilo sono documenti programmatori integrati?	74
7.2	Gli esiti dell'analisi: guardando al futuro	75
<b>ALLEGATO 1</b>		
	Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta: il dettaglio dei Profili di comunità	79
<b>ALLEGATO 2</b>		
	Indicazioni per la costruzione del Profilo di Comunità (20 maggio 2008)	99



## Presentazione

Negli ultimi anni, in particolare nel corso del 2008 e del 2009, abbiamo messo mano a una grande riforma del welfare regionale.

Attraverso Il Piano sociale e sanitario regionale abbiamo normato e consolidato esperienze già avviate e sperimentate: dalla programmazione di ambito distrettuale dei servizi sociali e socio-sanitari, all'istituzione del Fondo per la non autosufficienza, all'accreditamento dei servizi socio-sanitari e molto altro.

Abbiamo posto la persona con i suoi bisogni al centro del nostro orizzonte e abbiamo definito un sistema che attraverso l'integrazione degli attori, delle risorse e, più in generale, delle politiche potesse consentire di sviluppare una rete di servizi sempre più adeguata a rispondere a questi bisogni, ormai estremamente complessi.

Con questo Rapporto vogliamo insieme ragionare di come sia andata questa prima esperienza di adozione dei nuovi strumenti di programmazione sociale e sanitaria che il Piano regionale ha avviato.

In particolare partiamo dalla programmazione di "livello intermedio", cioè del livello delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie, che hanno oggi un ruolo sempre più strategico nello sviluppo delle politiche di welfare, rimandando ad una prossima pubblicazione una lettura ragionata del processo e dei contenuti della programmazione in ambito distrettuale, a livello dei Comitati di Distretto, anch'essi centrali nello sviluppo del welfare.

Quello che possiamo dire è che il processo di costruzione dei Profili di comunità e degli Atti di Indirizzo e coordinamento triennali delle CTSS si è svolto, a nostro avviso, in maniera positiva e proficua, attivando relazioni, sinergie, modalità nuove di lettura integrata dei contesti locali e dei bisogni. Tutti i territori hanno mostrato maturità e grande capacità organizzativa. Si è espresso in maniera forte il valore e il peso dell'esperienza pluriennale di programmazione sociale e sanitaria in questa regione.

L'intento complessivo di questo sforzo di analisi è per la Regione quello di accompagnare questi processi avviati e possibilmente di migliorarli, valorizzando le buone pratiche, che, per diversi aspetti, sono presenti in tutti i territori, attivando il confronto e acquisendo informazioni importanti per offrire nuovi stimoli e indirizzi per il futuro.

L'analisi di questa prima esperienza ci ha permesso di rilevare alcuni campi di miglioramento: nello sviluppo della consapevolezza del ruolo ricoperto dai diversi attori, nei tempi necessari per sviluppare processi più approfonditi e partecipati da tutte le forze sociali, nella tipologia di dati da raccogliere e nel come leggere e interpretare la grande mole di informazione che i sistemi locali producono.

Crediamo che l'analisi riportata nel presente Rapporto costituisca materiale importante di studio per i vari referenti regionali, ma è auspicabile che possa costituire elemento di stimolo e confronto anche per tutti gli ambiti territoriali.

Questo Rapporto, infine, si è posto anche un altro obiettivo, molto ambizioso, cioè quello di ricostruire, a partire dalle letture fatte e ampiamente "ragionate" realizzate da ciascun territorio, "un volto" della comunità regionale, dei suoi punti di forza e delle sue carenze nel rispondere ai bisogni dei propri cittadini.

Ne sono emersi elementi noti, ma anche tanti stimoli che

potranno proficuamente essere assimilati e interpretati a livello regionale e locale, per lo sviluppo sempre più ampio della effettiva integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie.

Ciò ci ha confermato l'importanza di fermarsi, ogni tanto, per guardare più a fondo e con competenza al nostro territorio e alle sue caratteristiche. Solo questo infatti ci consente di interpretare meglio i bisogni, di programmare meglio e indirizzare più adeguatamente le nostre forze e le nostre risorse.

E' un esercizio che dovremmo fare con più continuità, sia come tecnici del settore, sia come politici e siamo molto contenti di averlo fatto e di potervelo riportare attraverso questo documento, nel quale, crediamo, ognuno di noi potrà trovare importanti spunti di riflessione per il proprio lavoro.

### **Anna Maria Dapporto**

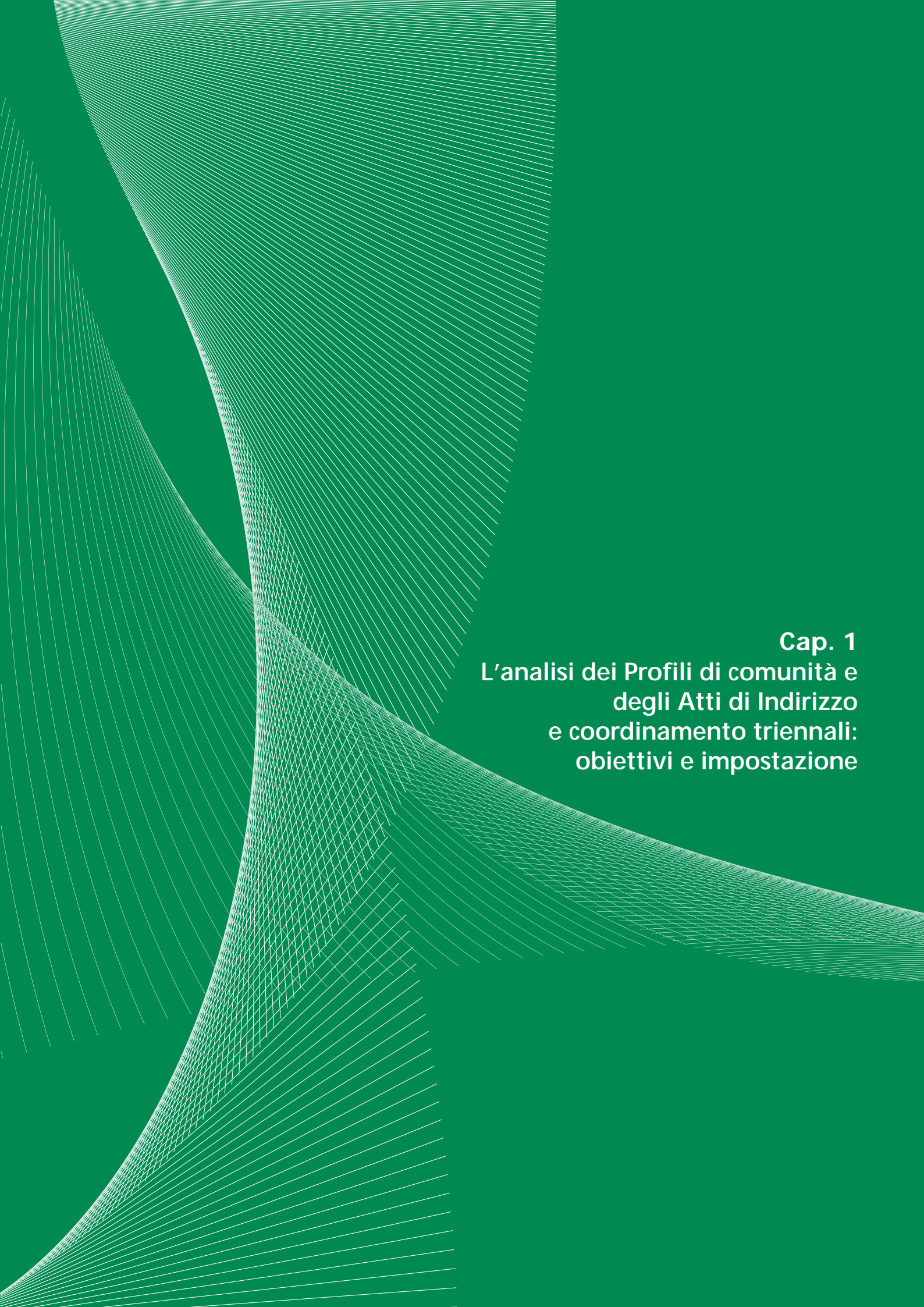
Assessore promozione politiche sociali educative per infanzia e adolescenza, immigrazione, volontariato, associazionismo, terzo settore

### **Giovanni Bissoni**

Assessore politiche per la salute







**Cap. 1**  
**L'analisi dei Profili di comunità e  
degli Atti di Indirizzo  
e coordinamento triennali:  
obiettivi e impostazione**

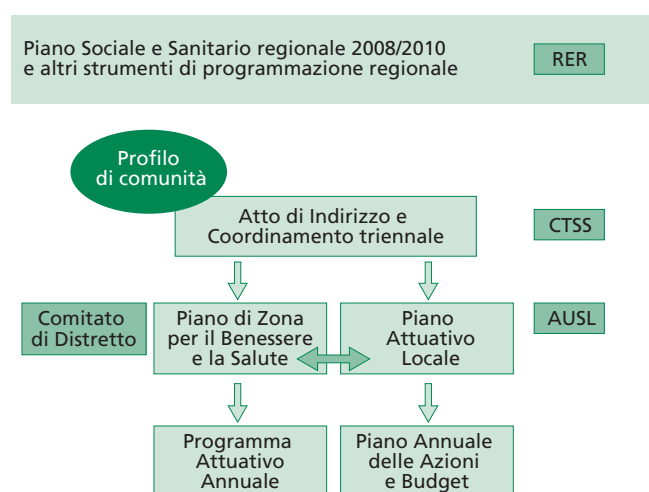
# Cap. 1 L'analisi dei Profili di comunità e degli Atti di Indirizzo e coordinamento triennali: obiettivi e impostazione

## 1.1 Gli obiettivi dell'analisi

Il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 ha ampiamente rinnovato il sistema della programmazione regionale, incidendo sul ruolo dei vari attori della "governance" locale, sui processi e sugli strumenti di lettura del contesto e di indirizzo per la programmazione di ambito distrettuale.

Vale la pena di richiamare in maniera schematica, attraverso una rappresentazione grafica, quale sia il contesto delineato dal Piano sociale e sanitario regionale, nel quale i differenti strumenti di programmazione territoriale si collocano e quali siano gli attori e i livelli di responsabilità e condivisione che caratterizzano il processo.

Figura 1: La Programmazione integrata, secondo il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010



In questo contesto di programmazione i Profili di comunità e gli Atti triennali di Indirizzo e coordinamento triennale assumono un ruolo fondamentale e fortemente innovativo nel definire gli indirizzi per la programmazione strategica aziendale e la programmazione distrettuale. L'obiettivo complessivo che il disegno regionale si pone è quello di garantire coerenza tra i vari livelli di programmazione e di fare assumere agli attori partecipanti una responsabilità condivisa sulle scelte e sugli esiti.

Il processo è solo apparentemente gerarchico, in realtà deve necessariamente essere caratterizzato da una grande circolarità e da forte scambio tra i vari livelli. Tale scambio infatti si deve esprimere anche attraverso ritorni informativi dagli ambiti locali alla Regione in una prospettiva di valutazione continua e di miglioramento, sia per la conoscenza del contesto sia per l'individuazione delle azioni e degli interventi che possano contrastare le criticità che il sistema evidenzia.

E' seguendo questa visione che è maturata l'idea di analizzare contenuti e processi della programmazione che i territori hanno svolto nel 2009 seguendo il dettato del Piano Sociale e sanitario regionale. Si è pertanto partiti dagli atti di livello "intermedio" e quindi dal Profilo di Comunità e dagli Atti di Indirizzo e Coordinamento triennale delle CTSS, cercando di rilevarne punti di forza e criticità, per potere consapevolmente avviare azioni di miglioramento e di consolidamento

del processo. Il passo successivo, già in atto, sarà quello di compiere analogo lavoro di analisi sugli atti dell'ambito distrettuale.

Gli obiettivi principali che hanno guidato l'analisi dei Profili di comunità e degli Atti di Indirizzo e coordinamento triennali sono stati pertanto i seguenti:

- **ricostruire** il percorso di elaborazione dei Profili di comunità evidenziando le collaborazioni interprofessionali e interistituzionali.
- **descrivere** l'impostazione dei Profili operata dai territori e verificare se lo schema proposto dalla Regione per la predisposizione dei Profili è stato rispettato;
- sistematizzare in una sintesi organica i principali contenuti dei Profili stessi;
- **analizzare** il processo di costruzione degli Atti di indirizzo, la loro impostazione, parte dei contenuti e il raccordo tra questi e i Profili di comunità;
- **trarre alcuni elementi di valutazione** di questa prima fase di programmazione di livello intermedio;
- **evidenziare possibili miglioramenti** nel processo, ma anche nei contenuti degli atti, offrendo anche una possibilità di conoscenza reciproca del lavoro svolto nei vari territori e di scambio di buone pratiche

In particolare, nel Secondo capitolo (Profilo di comunità e Atto di indirizzo e coordinamento triennale: i processi) si è cercato di evidenziare le modalità con cui i territori si sono organizzati per dare forma a questi strumenti innovativi, cogliendone la sfida principale di strumenti per la programmazione integrata. Tutto il capitolo cerca di analizzare anche il rapporto fra Profilo (e sue revisioni) e Atto di indirizzo, di cui è parte integrante.

Nel Terzo capitolo (Metodi e pratiche per la Stesura dei Profili di comunità: stili a confronto) si è cercato di descrivere i Profili di comunità. Lo stile scelto nel rapporto è volutamente discorsivo, con abbondante ricorso ad esemplificazioni, per non appesantire eccessivamente la lettura.

Nei capitoli Quarto, Quinto, Sesto, si propone una lettura sistematica dei contenuti dei Profili di comunità, nel tentativo di definire un "volto" generale della comunità regionale. Si è cercato di limitare al massimo l'interpretazione di dati e informazioni da parte dei ricercatori, riportando anche fedelmente le analisi e i commenti dei profili. Poiché questo lavoro ha comportato l'estrapolazione dei dati ritenuti più significativi, all'interno dell'enorme mole di informazioni processate, necessariamente sono state omesse una parte delle informazioni di dettaglio. Inoltre l'eterogeneità degli indicatori scelti a livello territoriale ha reso particolarmente complesso effettuare letture trasversali per tutti gli indicatori. Malgrado ciò è parso importante e significativo fare una lettura complessiva a livello regionale dei dati e degli indicatori presenti nei Profili e tentare la sintesi che qui si propone, in quanto le analisi fatte dai territori rappresentano l'esito di un importante confronto, ragionato e condiviso tra molti attori a livello locale. All'interno di tutto il rapporto, si è comunque avuta cura di rispettare la specificità e di porre particolare attenzione ad evidenziare le innovazioni apportate dai territori, sottolineando di volta in volta sia le scelte di impostazione del Profilo sia, più analiticamente, gli indicatori aggiunti o le

ulteriori fonti rispetto a quelle indicate dalla Regione nello schema proposto.

E' infine importante ricordare che il rapporto comprende anche due Allegati, uno contenente ulteriori informazioni e dati di dettaglio di ciascun profilo, relative in particolare alla parte II del Profilo (Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta), l'altro che riporta le "Indicazioni per la costruzione del Profilo di comunità", diffuse dalla Regione nel maggio 2008.

## 1.2 Azioni svolte

L'intero impianto dell'analisi è stato condiviso in vari momenti con referenti regionali appartenenti ai diversi Servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e dell'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale e presentato alla Cabina di Regia Regionale per le Politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie.

L'analisi è stata condotta, per la parte del Profilo di Comunità, sulla base di una griglia di lettura proposta dai ricercatori di IRESS e condivisa da un gruppo di lavoro regionale coordinato dal Servizio Programmazione e Sviluppo dei Servizi Sociali.

La parte di analisi della struttura degli Atti di indirizzo e coordinamento triennali e dei processi che hanno portato all'ela-

borazione dei Profili e degli Atti è stato frutto oltre che di una lettura dei documenti anche di alcuni approfondimenti condotti attraverso due focus group (luglio e settembre 2009) con i referenti degli Uffici di supporto, finalizzati a esplorare in maniera più approfondita i processi integrati, nonché per confrontare alcune ipotesi interpretative dell'analisi documentale svolta. Il focus è stato anche l'occasione per confrontare alcuni esiti della presente analisi e verificarne l'adeguatezza (ci si riferisce in particolare al capitolo 2 del presente rapporto che, data la complessità dei contenuti, è stato fatto visionare ai referenti degli Uffici di supporto per una verifica dell'impostazione e dei contenuti).

Nel report sono spesso citati esempi presi dai diversi Profili di comunità e dagli Atti di Indirizzo oppure sono richiamate le esperienze dei vari territori. La citazione dei singoli casi non ha alcun intento valutativo, ma costituisce unicamente un ausilio all'analisi e alla presentazione di prospettive differenti.





**Cap. 2**  
**Profilo di comunità e**  
**Atto di indirizzo**  
**e coordinamento triennale:**  
**i processi**

## Cap. 2 Profilo di comunità e Atto di indirizzo e coordinamento triennale: i processi

### 2.1 Profilo e Atto di indirizzo: due documenti, tanti processi

La programmazione regionale sociale e sanitaria si articola a diversi livelli, come stabilito dal Piano socio-sanitario regionale 2008-2011 (a sua volta espressione dei due documenti normativi fondamentali per il welfare regionale, la legge regionale 2/2003 e la legge regionale 29/2004).

Profili di comunità e Atti di indirizzo e coordinamento triennale<sup>1</sup> sono due documenti che realizzano il cosiddetto “livello intermedio”, una sorta di “cerniera” fra la programmazione regionale e quella locale-distrettuale (o di ambito), la cui elaborazione e predisposizione è stata curata dall’Ufficio di supporto della Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Il Profilo è un documento di analisi e ricostruzione dinamica del volto delle comunità locali, in termini di bisogni di salute, benessere sociale e di servizi offerti/presenti nel territorio. È prettamente un documento tecnico, contenente dati numerici delle banche dati di rilevazione regionale, provinciale e locale, ma anche riflessioni e analisi prodotte dai servizi o frutto di indagini ad hoc. L’Atto è un documento programmatico che deve indicare le priorità strategiche per il triennio, deve essere approvato dalla Conferenza e quindi ha una caratterizzazione politica.

Le indicazioni regionali suggerivano che l’Atto recepisce il Profilo, in quanto la programmazione doveva scaturire soprattutto dalla lettura dei bisogni presentata nel profilo stesso.

La sfida di questo nuovo processo era quella di “fare integrazione” e riuscire a darne conto: integrazione tra sociale e sanitario, tra politiche e ambiti, quali quelli tradizionalmente afferenti alla salute (ambiente, stili di vita, sicurezza, lavoro, mobilità) con quelli più tipicamente sociali (casa, scuola, disagio sociale, povertà, fragilità sociale). Un processo che doveva inevitabilmente coinvolgere tante figure professionali, oltre che gli amministratori locali.

Diventa perciò particolarmente importante dar conto dei processi che hanno portato alla stesura e approvazione del Profilo e dell’Atto. Si tratta di un’operazione difficile e per taluni versi rischiosa, in quanto la sola lettura documentale non dà conto appieno del lavoro svolto nei territori, soprattutto in termini di processi attivati, di partecipazione, di condivisione e di esiti effettivi. È per questo che la Regione ha scelto di effettuare anche alcune azioni di indagine sul campo tali da consentire di recuperare informazioni e di confrontare le analisi effettuate direttamente con quanti hanno presieduto i processi e la predisposizione dei documenti finali. In particolare sono stati realizzati due focus group, tra luglio e ottobre 2009, cui hanno partecipato i referenti degli Uffici di Supporto alle CTSS e che hanno fornito importanti informazioni e spunti di riflessione.

Obiettivo prioritario di questo capitolo è l’analisi del rapporto tra Profilo di comunità e Atto di indirizzo, in termini di processi ma, laddove possibile, anche della organizzazione dei

contenuti. I 10 Atti di indirizzo sono stati esaminati anche rispetto all’attinenza con quanto indicato dallo schema proposto dalla Regione.

### 2.2 La “costruzione” dei Profili: i soggetti coinvolti

I territori hanno elaborato, nella maggioranza dei casi, più versioni del Profilo di comunità: di norma hanno prodotto una versione più completa in termini di dati e informazioni, e, come tale, anche più corposa come dimensioni e una “sintesi”, di più immediata lettura.

L’analisi oggetto del presente rapporto è stata condotta principalmente sulla versione più completa del Profilo.

Nella stesura dei Profili di comunità sono stati coinvolti tanti professionisti di ambiti diversi che insieme hanno prodotto e analizzato le informazioni.

**I profili:  
un elaborato  
dei tecnici  
dei servizi**

Si tratta solitamente di personale tecnico (qualche decina per Profilo) competente nelle varie aree tematiche trattate e appartenente a diverse istituzioni/servizi (Provincia, Comuni, A.Usl, Aziende Ospedaliere, Acer, Arpa, Ufficio scolastico provinciale, Aziende per i Servizi alla Persona),

che hanno scritto “pezzi” di documenti e che hanno partecipato a gruppi di lavoro, seminari, riunioni. Ma è soprattutto il personale di A.Usl e Provincia ad avere avuto il maggiore coinvolgimento. Per l’A.USL vengono spesso citati funzionari del Dipartimento di Sanità pubblica, del Servizio epidemiologia e comunicazione, dei Nuclei cure primarie, delle Direzioni attività sociosanitarie, del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche, della Direzione strategica programmazione e controllo, del Dipartimento materno infantile. Per la Provincia sono stati coinvolti gli Uffici/settori statistici, quelle delle Politiche sociali e per la salute, della Formazione professionale, istruzione, delle Politiche attive del lavoro, delle Politiche giovanili, dell’Immigrazione, del Terzo settore. Inoltre, sono stati coinvolti tutti gli Osservatori provinciali attivi: ad esempio, sulle politiche sociali, sul mercato del lavoro, sui rifiuti, sull’immigrazione o, nel caso di Piacenza, una specifica sezione dell’osservatorio denominata “Monitoraggio dei bisogni e della vulnerabilità”.

La regia tecnica dell’intero processo è stata curata in tutti i territori dall’Ufficio di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria che, in più di un caso, è stato ridefinito nella sua composizione nel corso del 2008. Il ridisegno dell’Ufficio di supporto è un aspetto importante da tenere presente: se da un lato ha rafforzato le competenze e il numero delle risorse umane in campo, dall’altro ha portato ad una necessaria ridefinizione delle modalità di lavoro.

Gli Uffici di supporto hanno chiesto anche collaborazioni alle Università presenti nel loro territorio soprattutto per

<sup>1</sup> Profili e Atti sono documenti programmatici approvati dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie. Tali Conferenze corrispondono alle Province tranne in due territori in cui nella stessa provincia sono presenti due Conferenze: si tratta di Bologna nel cui territorio provinciale sono presenti la Conferenza di Bologna e quella del circondario di Imola e della provincia

di Forlì-Cesena. Complessivamente, tuttavia i documenti sono dieci in quanto il circondario di Imola ha scelto di far confluire le informazioni relative al proprio territorio all’interno del Profilo e dell’Atto della Provincia di Bologna.

avere un aiuto nella difficile sistematizzazione dei tanti contenuti informativi: in particolare, sono state coinvolte l'Università Cattolica di Piacenza, l'Università di Bologna, il Polo di Forlì, l'Università di Reggio-Modena, nonché, in taluni casi, anche consulenti (singole persone o istituti di ricerca e formazione privati).

Le professionalità prevalentemente coinvolte (sociologi, epidemiologici, ecc.) ricoprono soprattutto il ruolo di dirigenti o di coordinatori di servizi/uffici. Poco citate le figure professionali di base, quali ad es. educatori, assistenti sociali, operatori sanitari, presumibilmente in quanto poco coinvolti in questi processi.

### Profili: il coinvolgimento dei politici

I Profili sono stati poi discussi con altri importanti attori del welfare locale: innanzitutto gli amministratori (sindaci, assessori dei vari distretti) coinvolti secondo varie modalità. Alcuni esempi: Parma riporta al termine del Profilo l'estratto del verbale del Comitato di distretto di Parma del 14/11/2008 nel quale è stato presentato il Profilo e sono emerse proposte di tipo politico; Reggio Emilia indica l'effettuazione di numerosi incontri dell'Ufficio di Presidenza della Conferenza territoriale; Ferrara dichiara di avere condiviso l'impostazione del Profilo con la Conferenza. Questi sono solo alcuni esempi, che denotano però uno sforzo importante degli Uffici di supporto nel coinvolgere gli amministratori locali, anche nella lettura delle comunità locali, ossia su un documento tecnico, quale il Profilo, che, costituisce la "trama" (come dicono alcuni territori) sulla quale costruire poi la programmazione locale.

Altri soggetti coinvolti sono stati i referenti del Terzo settore e delle organizzazioni sindacali. In questi casi la partecipazione ha significato soprattutto presentare i dati e raccogliere ulteriori suggerimenti o riflessioni per la lettura, confluite nel documento finale. Nel caso di Reggio Emilia il Coordinamento provinciale del Terzo settore ha contribuito con un documento sul capitale sociale, inserito nel Profilo; nel caso di Piacenza vengono riportati, al termine del documento, gli schemi di analisi SWOT (Strength, Weakness, Opportunities, Threats) elaborati nei focus groups con referenti del Terzo settore e con operatori dei servizi pubblici. Nel caso di Forlì il coinvolgimento della comunità locale è avvenuto attraverso focus group ai quali hanno partecipato anche referenti di associazioni, cooperative sociali e di comitati di quartiere.

### 2.3 Uno sguardo d'insieme agli Atti di indirizzo

I dieci Atti di indirizzo e coordinamento triennali sono documenti piuttosto snelli, perlopiù di una quarantina di pagine, tranne alcuni che arrivano ad un centinaio di pagine. Nonostante le loro dimensioni e gli sforzi fatti per renderli facilmente leggibili, si tratta certamente di documenti politici complessi che riportano svariate informazioni in merito ai contenuti e ai processi.

Gli Atti di indirizzo restituiscono un quadro dettagliato delle capacità informative e programmatiche dei territori della Regione: contengono infatti la lettura ragionata dei bisogni di salute e benessere sociale, le criticità e, a partire da queste, le priorità strategiche, ossia gli obiettivi triennali a livello provinciale o di ambito di Conferenza territoriale.

Sono inoltre documenti che si alimentano – anch'essi - di precedenti esperienze locali, che, è bene ribadirlo, hanno costituito una base di esperienza importante rispetto ai processi e

ai contenuti (più volte citata per esempio è l'esperienza dei Piani per la salute).

Ma sono soprattutto documenti a cui viene chiesto il raccordo e il collegamento con altre programmazioni di livello provinciale, quali, in particolare, i Piani Territoriali di Coordinamento, ma anche le programmazioni di settore della Provincia (es. programmi delle politiche del lavoro e della formazione professionale).

### I tempi di approvazione

Gli Atti di Indirizzo e i Profili di comunità, di livello intermedio, dovevano costituire la base per la programmazione locale di ambito distrettuale.

I nuovi Piani di zona per la salute e il benessere 2009-2011 avrebbero dovuto essere approvati dai Comitati di distretto entro il 31 dicembre 2008,

ma di fatto sono stati concessi ai territori alcuni mesi in più per la consegna.

In ogni caso, gli Uffici di supporto e le Conferenze territoriali sociali e sanitarie e, a cascata, gli Uffici di piano e i Comitati di distretto, hanno attivato e gestito tutti i processi "partecipati" sollecitati dalla stessa Regione in tempi molto ristretti, riuscendo nella maggior parte dei casi ad approvare i documenti nei tempi stabiliti.

### Atti di indirizzo: il coinvolgimento del Terzo settore

È opinione diffusa tra i territori (coinvolti nei focus group) che si sia riusciti a coinvolgere il Terzo settore più nella predisposizione del Profilo di comunità che in quella dell'Atto di indirizzo. Ciò è da ricondurre spesso a cause esterne (ad esempio, i tempi stretti di approvazione dei documenti), ma

anche a scelte locali legate alle difficoltà nell'individuare rappresentanze del Terzo settore di livello provinciale.

Laddove presenti, tali strutture di rappresentanza sono state contattate: è il caso del Coordinamento provinciale del Terzo settore di Reggio Emilia, dell'assemblea di rappresentanza del Terzo settore di Cesena, dei Forum provinciali del Terzo settore attivi nella Regione (a Modena, Parma, Bologna, Ravenna, Ferrara). Si tratta quasi sempre di un coinvolgimento teso ad informare, presentare i contenuti dell'Atto ma, in alcuni casi, anche a recepire entro l'Atto indicazioni e riflessioni proposte dalle organizzazioni non profit.

È questo, ad esempio, il caso di Piacenza che, a settembre 2008, ha organizzato una Conferenza provinciale sul welfare e che ha inserito le osservazioni emerse entro l'analisi SWOT. Un processo analogo è stato svolto nel territorio di Bologna nel medesimo periodo: l'Ufficio di supporto ha organizzato vari incontri ai quali hanno partecipato la consulta dei cittadini stranieri, e le tante organizzazioni del Terzo settore.



## 2.4 Gli Atti di indirizzo: esemplificazioni di impostazioni e contenuti

La lettura degli Atti di indirizzo pone davanti ad un insieme di documenti di impostazione complessivamente simile a livello macro: e ciò perché la gran parte degli Atti si è attenuta allo schema indicato dalla Regione (cfr. "Linee per la definizione del ruolo e del funzionamento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie e dell'Atto di indirizzo e coordinamento")<sup>2</sup>. Al contempo, la modalità di trattare i contenuti e di collocarli nel documento, in particolare per quanto riguarda le priorità programmatiche, è estremamente diversificata. Si cercherà di dare conto di tale diversità citando di volta in volta i diversi Atti di indirizzo, senza pretese di esaustività, ma per fornire esempi significativi, evidenziando anche la rispondenza dello schema utilizzato nell'espone i contenuti rispetto a quello proposto dalla Regione<sup>3</sup>.

### Il profilo di comunità nell'Atto di indirizzo

Rispetto a tale schema gli Atti di indirizzo dovevano contenere il Profilo di comunità. In particolare, dovevano essere ricompresi nell'Atto i seguenti contenuti informativi del profilo: lettura ragionata e partecipata dei bisogni di salute e di benessere della popolazione, declinata anche a livello

distrettuale sulla base dei dati disponibili; valutazione di criticità; indicazioni di priorità sulle criticità rilevate, al fine di individuare prospettive di soluzione nell'ambito degli indirizzi. L'analisi degli Atti evidenzia che in quasi tutti i documenti è presente un capitolo denominato "Profilo di comunità", ma con notevoli diversità rispetto ai contenuti informativi presentati. Alcuni si sono conformati pienamente allo schema regionale. Si tratta di quei documenti nei quali è presente una rielaborazione del profilo di comunità con informazioni dettagliate rispetto ai contenuti e ai processi (è il caso di Rimini, Forlì, Cesena, Piacenza, Bologna, Ferrara); altri se ne sono maggiormente discostati limitandosi a richiamare i processi per la predisposizione del profilo (è il caso di Reggio Emilia e Parma). Modena invece ha predisposto separatamente una dettagliata e completa sintesi del Profilo di comunità contenente anche indicazioni per la programmazione, e l'atto di indirizzo vero e proprio, ove compaiono numerosi richiami al Profilo di comunità.

### Le priorità: per target di popolazione e/o per tematiche trasversali?

L'individuazione di aree di intervento strategico, ossia di priorità per il triennio 2009/2011, rappresenta la parte centrale del documento programmatico alla quale tutti gli Atti dedicano uno o più capitoli. Comune a tutti è la suddivisione delle **priorità per target di popolazione e per tematiche trasversali** (come anche da indicazione dello schema regionale).

I **target** di popolazione a cui afferiscono le priorità sono quelli

tradizionali: famiglie, minori, immigrati, disabili, anziani, adulti in condizione di disagio/povertà, giovani.

È tuttavia evidente in alcuni Atti il tentativo di superare l'approccio "target di popolazione/bisogni/obiettivi", cercando di individuare temi trasversali nei quali ricomprendere le indicazioni per le famiglie, per gli anziani, ecc.

Il documento di Reggio Emilia costituisce un esempio di tale orientamento. Nella premessa agli indirizzi e alle priorità strategiche viene esplicitato che la scelta è di trattare gli argomenti per aree tematiche anziché per target di popolazione in quanto ciò "consente di individuare le priorità trasversali"<sup>4</sup>. A seguire le priorità vengono riportate suddivise nelle seguenti aree: area sanità ospedaliera; area sanità territoriale; area socio-sanitaria che comprende il supporto al domicilio, la qualificazione della rete storica, l'equità come uguaglianza nella personalizzazione, la demenza, la disabilità; area sociale che comprende le politiche per la famiglia e le politiche di cura; area strumenti e percorsi che comprende l'accesso e l'accoglienza, la valutazione, il progetto individuale, l'accompagnamento, il monitoraggio, la formazione comune, la definizione di protocolli omogenei e condivisi, il processo di accreditamento.

Gli Atti riportano anche priorità afferenti a cosiddette **tematiche trasversali**: piuttosto comune è la scelta di posizionare in quest'area gli obiettivi riguardanti la casa e il lavoro. Alcuni Atti vi includono anche obiettivi per la sicurezza e la coesione sociale, a contrasto della vulnerabilità sociale, per la prevenzione di eventi incidentali, per preservare e arricchire il capitale sociale, per favorire l'ottica di genere, la qualità dei servizi offerti, ecc. Questa suddivisione tra priorità strategiche trasversali e per target di popolazione è chiaramente rintracciabile nell'Atto di Bologna. In tale documento, si elencano inizialmente le priorità trasversali, ossia gli indirizzi trasversali a tutta la popolazione: la promozione del benessere e prevenzione in tutti i contesti di vita (confermando in tal modo gli impegni contenuti nei Patti per la salute sottoscritti nel territorio bolognese), la promozione di un'ottica di genere in tutte le politiche, la valorizzazione del "capitale sociale", la partecipazione alla rete Città Sane, l'innovazione orientata all'inclusione e alla personalizzazione dei servizi, CUP2000 per l'innovazione, l'integrazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale, lo sviluppo e il consolidamento di un sistema a rete di relazioni istituzionali a livello distrettuale, la valorizzazione delle risorse umane e del lavoro sociale, infine gli sportelli sociali quali accesso al sistema integrato dei servizi. Seguono poi le priorità per target di popolazione.

L'Atto di Piacenza segue in parte la scelta di Bologna di riportare le priorità per target, ma suddivide le restanti priorità in trasversali e di sistema. Nelle trasversali colloca tutto ciò che afferisce al contrasto alla vulnerabilità sociale (abitativa, lavorativa, relazione, economica) e alla promozione della sicurezza (sul lavoro e sulla strada), mentre nelle priorità di sistema inserisce il consolidamento e la valorizzazione della rete distrettuale, l'integrazione socio-sanitaria, gli orientamenti per il

2 Tale schema prevedeva un indice così composto: 1) quadro di riferimento; 2) profilo di comunità; 3) indirizzi e priorità strategiche per i piani di zona distrettuali; 4) indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e la valutazione. Si prevedeva inoltre che nel capitolo sulle priorità strategiche venissero ricompresi anche gli indirizzi per la non autosufficienza, per il PAL, per i programmi provinciali in area sociale, per i programmi formativi, lo sviluppo di interventi integrati con altre politiche con impatto su salute e benessere, l'individuazione delle priorità degli investimenti da finanziare ai sensi dell'art. 48 della L.R. 2/2003.

3 In particolare, si è analizzato se gli Atti di indirizzo contenevano: il Profilo di comunità, le aree di intervento strategico per target di popolazione, gli indirizzi per gli interventi per la non autosufficienza, per il piano attuativo locale (PAL), per i programmi provinciali, per i programmi formativi, per lo sviluppo di interventi integrati con altre politiche con impatto su salute e benessere, per l'individuazione delle priorità degli investimenti da finanziare ai sensi dell'art. 48 della L.R. 2/2003.

4 Cfr. Atto di indirizzo e coordinamento triennale di Reggio Emilia, p. 7.

Piano strategico dell'Azienda, i servizi sociosanitari nell'area montana, la qualificazione e il supporto al lavoro di cura.

Negli Atti le **priorità sanitarie** sono ben individuabili dall'indice, seppure, anche in questo caso, siano evidenti orientamenti e scelte differenti. Si citano, a titolo esemplificativo, tre differenti casi: Cesena, Modena, Ferrara.

Nel documento di Cesena le **priorità sanitarie** sono indicate sia per ciascun singolo **target** di popolazione sia come tematiche

### Le priorità sanitarie

trasversali. Per ciascun target, ad esempio per i giovani, vengono indicate strategie e indirizzi sociali (es. promuovere la cittadinanza attiva delle giovani generazioni attraverso lo sviluppo del Servizio civile), strategie e indirizzi socio-sanitari (es. sostenere i giovani con disabilità fisica e psichica potenziando forme di sostegno

alla continuità scolastica, all'integrazione sociale e lavorativa anche al compimento della maggiore età), strategie e indirizzi sanitari (es. attuare azioni di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico di patologie psichiatriche in età evolutiva, anche al fine di prevenire l'insorgenza di disturbi mentali in età adulta). Nelle **tematiche trasversali** si parla di priorità sanitarie con riferimento alla promozione di stili di vita sani, screening oncologici, assetto organizzativo e struttura dei servizi, sistema delle emergenze sanitarie, qualità dei servizi offerti.

Evidente è l'ottica sanitaria nel caso di Ferrara: nell'Atto tutte le priorità vengono ricondotte alla sanità. Esse vengono raggruppate in tre capitoli: "linee di orientamento e sviluppo sanitarie, sociali e sociosanitarie" (esempi di temi trattati all'interno: governo dei tempi di attesa, cure primarie, salute mentale, ecc.); "orientamenti della prevenzione primaria e secondaria" (esempi di temi trattati all'interno: prevenzione dell'obesità, del rischio cardio-vascolare, degli incidenti stradali, ecc.); "interventi per target specifici di popolazione" (salute e benessere sociale delle donne, dei minori, dei cittadini stranieri). Le priorità principali sulle quali insiste il documento sono tuttavia riconducibili a due ambiti: la salute e il benessere delle donne e dei minori, e le cure primarie.

L'Atto di Modena ha come focus l'integrazione (istituzionale, gestionale, professionale, di politiche, di servizi, di approcci, di strumenti); integrazione che, si legge in premessa, è considerata un valore strategico. Ecco allora che le indicazioni per le politiche sanitarie (3° Capitolo), socio-sanitarie e sociali (2° capitolo) sono costantemente ancorate ai principi dell'integrazione: il primo capitolo è infatti dedicato ai "determinanti del benessere collettivo" (scuola e formazione, occupazione e lavoro, casa, cultura, associazionismo e capitale sociale, ambiente, sicurezza) ed il quarto al "rafforzamento/raccordo degli strumenti della nuova governance" (Comitati di distretto/ufficio di piano, CTSS/ufficio di presidenza/ufficio di supporto, sistemi informativi/formazione, ecc.).

### Assi, modelli innovativi, aree strategiche...

Vi sono infine alcuni Atti nei quali si rintracciano **ulteriori modalità** di riaggregare i tanti obiettivi/indirizzi prioritari, di selezionarne alcuni ritenuti particolarmente prioritari. Si riporta a tal proposito il caso di Forlì, Rimini e Ravenna.

Nell'Atto di Forlì tutte le priorità vengono ricondotte a tre assi: 1) promozione della qualità dei contesti di vita; 2) promozione della salute e del benessere dei cittadini attraverso lo sviluppo di percorsi di salute e di

### Sintesi dell'indice dell'Atto di Modena

1. Agire sui determinanti del benessere collettivo
  - 1 - L'integrazione delle politiche
  - 2 - Il valore della prevenzione collettiva
2. Le politiche sociali e socio-sanitarie
  - 1 - Innovare l'approccio e la progettazione
  - 2 - Indirizzi specifici per le principali aree di bisogno
3. Le politiche sanitarie integrate
  - 1 - Le linee di sviluppo
  - 2 - Alcune specificità
4. Facilitare e sostenere il cambiamento
  - 1 - Completare e rafforzare gli strumenti della nuova governance
  - 2 - L'importanza e il ruolo di alcuni momenti - strumenti operativi

cura; 3) sviluppo dell'infrastruttura fra prossimità e poli di eccellenza. Ciascuno di questi assi si ramifica poi in molteplici obiettivi riconducibili ai target di popolazione, ad obiettivi di sistema, il tutto afferente sia all'ambito sociale che sanitario.

### Sostenere la programmazione distrettuale: indirizzi e strumenti

Nell'Atto di Rimini vengono inizialmente indicati gli interventi prioritari sui quali progettare modelli innovativi di intervento: il sostegno e il lavoro di rete e di comunità; i percorsi rivolti alla domiciliarità in tutte le sue forme in un'ottica di potenziamento quantitativo dell'offerta; la residenzialità,

sperimentando anche forme organizzative innovative e flessibili; la promozione della continuità assistenziale nei differenti contesti di cura; la diversificazione della disponibilità dei servizi e dell'assistenza. A questi seguono poi gli obiettivi per target di popolazione.

Il caso di Ravenna è interessante per le schede sintetiche riportate al termine del documento: in particolare, in alcune tabelle allegate sono riportati gli obiettivi prioritari per aree strategiche, gli obiettivi specifici, gli indicatori per la valutazione, la descrizione e il significato degli indicatori, i valori attesi alla fine del triennio, i valori standard. Le aree strategiche individuate sono: sistema di accesso e presa in carico; sviluppo della comunità e coesione sociale; cultura della sicurezza; lavorare in rete e rafforzare i legami; equità distributiva, disuguaglianza di accesso ai servizi; integrazione delle politiche. Si vogliono, infine, evidenziare quegli Atti nei quali è rintracciabile tra le priorità per il triennio una specifica attenzione all'ottica di genere: è il caso di Rimini, Modena, Bologna e Ferrara. Il complessivo quadro illustrato evidenzia come sia difficile il confronto fra le scelte programmatiche in termini di contenuti specifici compiute dai territori, in quanto essi sono diversamente classificati all'origine. Nello schema regionale si chiedeva anche la definizione di indirizzi per la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria di livello distrettuale.

Elementi in questa direzione sono rintracciabili negli Atti di Cesena, Forlì, Bologna, Parma, Piacenza e Ravenna. In particolare, l'Ufficio di supporto provinciale di Bologna ha predisposto nove profili distrettuali per facilitare i singoli distretti nell'analisi dei bisogni; come riportato nel riquadro sottostante per ogni area/ambito tematico (demografia, lavoro, casa, sociosanitario, etc.), sono stati riportati i dati disponibili a livello del singolo distretto, per poi confrontarli con il dato provinciale. A titolo di esempio si riporta uno stralcio dei dati demografici relativi al Distretto di Porretta Terme.

## Stralcio del Profilo demografico (distretto di Porretta Terme)

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale
Variazione popolazione < 14 anni 2003-2007	2003 - 6.263 2007 - 6.632 +5,9%	Inferiore al dato provinciale (+10,0%)
Variazione popolazione > 74 anni 2003-2007	2003 - 5.533 2007 - 5.972 +7,9%	Superiore al dato provinciale (+7,4%)
Nuclei famigliari monoparentali con minori sul totale dei nuclei famigliari 2001	4,4%	Inferiore al dato provinciale (4,7%)
Famiglie unipersonali composte da anziani soli (>74 anni) sul totale dei nuclei famigliari 2001	Maschi 3,6%	Superiore al dato provinciale (2,6%)
	Femmine 12,0%	Superiore al dato provinciale (10,7%)
Popolazione straniera sulla popolazione totale 2007	8,1%	Superiore al dato provinciale (6,9%)
[...]		

Fonte: Profilo distrettuale del Distretto di Porretta Terme (Provincia di Bologna)

Altra scelta a supporto della programmazione distrettuale si rintraccia nell'Atto di Ravenna: in due tabelle vengono infatti riassunti i dati del Profilo di comunità (Tab. 1), nonché gli obiettivi prioritari per aree strategiche (Tab. 2).

**Tab. 1 – Sintesi fattori positivi e critici emergenti dall'analisi del bisogno e dell'offerta**

Fattori positivi	Fattori critici	Bisogni e problemi emergenti
Coesione sociale		
Condizioni socioeconomiche		
Condizione di salute e stili di vita		
Condizioni ambientali		
Sistema dei servizi socio-sanitari		
Sistema del governo locale		

**Tab. 2 – Sintesi obiettivi prioritari per aree strategiche**

Area strategica	Ob. prioritari	Ob. specifici	Indicatori per la valutazione	Significato dell'indicatore	Valori attesi (a fine triennio)
Es. sistema di accesso e presa in carico					
Es. cultura sicurezza					

Fonte: Atto di indirizzo di Ravenna

Lo sforzo di fornire indicazioni per la programmazione distrettuale 2009/2011 è rintracciabile anche nell'Atto di Parma, laddove si riportano, per ogni target di popolazione, gli obiettivi prioritari. Il tutto sinteticamente riassunto in due pagine.

#### Indicazioni per la programmazione 2009/2011<sup>5</sup>.

Provincia di Parma.

Sinteticamente si segnalano come prioritari:

- rispetto all'area delle Responsabilità familiari, gli interventi di supporto all'interno della scuola, al fine di contrastare il fenomeno dell'abbandono scolastico, e gli interventi finalizzati all'integrazione scolastica (specialmente per gli alunni stranieri e per gli alunni con disagio), nonché l'implementazione di azioni di contrasto ai comportamenti devianti, attraverso l'incremento di spazi per favorire l'aggregazione e socializzazione dei ragazzi, quali centri di aggregazione e centri pomeridiani extrascolastici.
- Altra priorità da segnalare per la prossima programmazione è l'implementazione di attività di prevenzione del disagio nella prima infanzia e dell'instaurarsi di crisi nella famiglia attraverso il coinvolgimento degli operatori che incontrano le famiglie in questo periodo della loro vita, ed il sostegno, attraverso progetti sperimentali, delle famiglie in difficoltà con figli collocati in affido o in strutture, al fine del recupero delle potenzialità genitoriali residue.
- Prioritaria, per il target giovanile, è la creazione di spazi di aggregazione e l'individuazione di forme di sostegno per favorire l'autonomia dei giovani e la creazione di maggiori occasioni occupazionali.
- Per l'area delle dipendenze patologiche si evidenzia, come priori-

aria, l'attivazione di progetti rivolti ai più giovani, in relazione agli stili di vita e consumo, che consentano di acquisire la consapevolezza dei rischi e che sappiano coinvolgerli in relazione ai loro tempi e luoghi di aggregazione nonché di progetti di inserimento nel mondo del lavoro e autonomia di vita che, anche in considerazione delle attuali caratteristiche del mercato lavorativo, sappiano ad es. sviluppare e sostenere forme di autoimprenditoria, uscendo dalla logica dell'assistenzialismo o del lavoro come pura terapia riabilitativa.

- Le politiche per la disabilità devono indirizzarsi verso un miglioramento dei trasporti per il raggiungimento dei luoghi di cura, di lavoro e del tempo libero, e verso un incremento delle opportunità di integrazione sociale e degli inserimenti lavorativi al fine dello sviluppo di una reale autonomia della persona.
- Per i cittadini immigrati è auspicabile strutturare interventi di accoglienza integrati per rispondere alle emergenze così come ai flussi regolari della presenza migrante sul territorio; inoltre si deve favorire l'accesso ai servizi e percorsi di integrazione e di autonomia di vita attraverso progetti trasversali ad altre aree (famiglie e minori/povertà/dipendenze) inerenti in particolare il tema della prima accoglienza, della casa, del lavoro, infine è si rende necessario favorire opportunità di aggregazione e socializzazione.
- Per la vasta area della lotta all'esclusione sociale prioritari sono gli

5 Cfr. Atto di indirizzo e coordinamento triennale, Parma, pagg.50-52

interventi di potenziamento dell'accoglienza abitativa e di qualificazione dei percorsi di inserimento lavorativo e l'attivazione di servizi a bassa soglia per non frapponere eccessive rigidità dei progetti assistenziali ad un disagio che potrebbe "scegliere" di stare fuori dalla rete dei servizi.

Per gli anziani è necessario potenziare e qualificare la domiciliarità, attraverso forme di intervento differenziato, contrastare la solitudine e l'isolamento sociale, garantendo servizi di socializzazione e spazi collettivi per gli anziani parzialmente autosufficienti, tutelare, attraverso progettualità sperimentali, gli anziani fragili a rischio, con progetti come "Intervento di rete per la popolazione anziana

e la coesione sociale" e "Gestione anticipata della fragilità".

È necessario garantire la mobilità per le persone fragili e non autosufficienti ed operare una mappatura dei servizi e dell'insieme di opportunità esistenti sul territorio (taxi sociale, ecc.).

Prioritario è implementare l'innovazione con maggiore estensione e flessibilità dei SAD e dei C.D., avviando, inoltre, un'ulteriore qualificazione dell'assistenza domiciliare, anche sociosanitaria (ADI), definendo e sperimentando protocolli operativi con l'Azienda.

Centrale rimane il sostegno alle famiglie attraverso l'accoglienza temporanea, la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari ed il miglioramento del percorso delle dimissioni difficili.

Il caso di Parma è particolare in quanto si rintraccia lo sforzo di selezionare, tra i tanti obiettivi dei servizi pubblici, le priorità da perseguire nella programmazione 2009/2011. Oltre che per i target di popolazione, questa scelta si ritrova anche per l'integrazione socio-sanitaria rispetto alla quale vengono indicati quattro obiettivi prioritari: ridefinizione dei criteri di accesso alla rete dei servizi e omogeneizzazione su base provinciale degli strumenti di valutazione della non autosufficienza; sviluppo dell'assistenza domiciliare; sviluppo dei servizi accessori o complementari alla domiciliarità; sviluppo di programmi di sostegno alle reti sociosanitarie informali e di prevenzione dei soggetti fragili<sup>6</sup>.

È tuttavia da ricordare che, dati i tempi di programmazione locale richiesti, in molti territori gli ambiti distrettuali hanno dovuto attivarsi in contemporanea alla programmazione di ambito intermedio, in alcuni casi non avendo ancora completamente a disposizione l'analisi della comunità e le indicazioni di priorità. Dove la consequenzialità non ha potuto essere esercitata, tuttavia, gli Uffici di Supporto hanno fornito bozze anche se provvisorie di documenti per consentire ai Comuni di far partire i tavoli tematici.

### Gli indirizzi per il PAL

Altro contenuto informativo richiesto dallo schema regionale riguarda gli indirizzi per il PAL. Non si trattava di includere il Piano attuativo locale dell'A.Usl (in vari territori indicato come in corso di definizione in concomitanza con la predisposizione dell'Atto di indirizzo e delle programmazioni locali), bensì di riportare gli indirizzi e le strategie per la sua predisposizione. E tali sono i contenuti che si rintracciano negli Atti di Bologna, Rimini, Ravenna, Cesena, Ferrara, Parma e Piacenza (quest'ultimo parla di "orientamenti per il Piano strategico dell'Azienda"). Nel documento di Forlì in più parti si sottolineano aspetti (obiettivi, punti di attenzione, indirizzi) che dovranno essere recepiti dal Piano attuativo locale. Assenti riferimenti espliciti al PAL nei documenti di Modena e Reggio Emilia ma, in entrambi, sono riportate varie indicazioni rispetto alla programmazione sanitaria.

### Gli altri indirizzi programmatori

Gli Atti devono tener conto, inoltre, degli indirizzi definiti in altri atti programmatori, quali in particolare gli indirizzi del Fondo Regionale per la non autosufficienza, le priorità di investimento in conto capitale ai sensi dell'art. 48 della legge regionale 2/2003, i Programmi provinciali in area sociale

e i Programmi formativi e di riqualificazione degli operatori. Il richiamo a tali documenti/indicazioni è rintracciabile, in parte o del tutto, nella maggioranza dei documenti e, tuttavia, molte sono le difformità rispetto ai contenuti informativi presentati.

Un esempio interessante riguarda gli investimenti in conto capitale finalizzate a sostenere spese di costruzione, di ristrutturazione e di acquisto immobili destinati a strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie; mentre alcuni riportano il dettato normativo e i criteri di riferimento della Conferenza territoriale sociale e sanitaria (es. Rimini), altri dettagliano gli interventi previsti in ambito sia sociale che sanitario e i relativi costi (es. Parma).

Lo schema regionale chiede di riportare anche le indicazioni per lo sviluppo di interventi integrati con altre politiche con impatto su salute e benessere.

Rispetto a questo elemento, laddove è rintracciabile, sembrano emergere due orientamenti: **Atti che presentano i progetti provinciali** attualmente in essere rispetto, ad esempio, al rischio ambientale, al mercato del lavoro, all'istruzione e formazione, alle politiche per la casa, per la mobilità presumibilmente nell'intento di sostenerne una loro più forte integrazione (interessanti le schede presentate nell'allegato 1 di Ravenna); **Atti che indicano le principali criticità** in materia, indicando alcuni possibili obiettivi strategici (è ad esempio il caso di Rimini che tratta il tema mobilità sostenibile, responsabilità sociale, cultura per tutti, ambiente sicuro e stili di vita; e proprio in questo Atto gli obiettivi strategici sembrano posti in termini di intenti, stimoli, rivolti soprattutto agli amministratori locali).

Insomma, l'Atto è una sorta di "cerniera", non soltanto fra i diversi livelli territoriali, ma anche tra i diversi ambiti di programmazione.

## 2.5 Le connessioni fra i due documenti programmatori

### 2.5.1 Le rielaborazioni dei Profili di comunità

Le modalità attraverso le quali "inserire" i contenuti del Profilo di comunità entro l'Atto di indirizzo, nonché i percorsi da attivare a tal fine, sono stati volutamente lasciati dalla Regione alle scelte territoriali. Ed infatti l'analisi che segue mostra una certa diversità nelle modalità individuate.

Come già ricordato, nella maggioranza dei casi i territori hanno elaborato più "versioni" del Profilo di comunità.

Tutti ne hanno predisposto una prima versione, solitamente molto corposa, di almeno un centinaio di pagine. Fatto questo primo impegnativo passaggio, terminato nella maggioranza dei casi entro l'estate 2008, i territori hanno iniziato

una seconda fase: la rielaborazione del documento tecnico ai fini della preparazione dell'Atto.

Gli Uffici di supporto hanno infatti rilevato la necessità di predisporre un documento più agile, con un'elevata comunicabilità e capace di fornire informazioni precise e chiare:

- agli amministratori locali che, sulla base dei contenuti del profilo, dovevano approvare le priorità strategiche,
- ai tecnici che dovevano sostenere i politici nell'individuazione delle priorità
- ai tanti referenti del Terzo settore, delle organizzazioni sindacali, della comunità locale con i quali erano previsti momenti di informazione e confronto.

È con questo intento che i territori individuano proprie strategie, delle quali si dà conto nelle pagine seguenti, anche attraverso alcune esemplificazioni.

Un **primo gruppo** di territori si è orientato a produrre una **sintesi** del Profilo (Modena, Piacenza, Bologna). Modena, ad es., produce una sintesi di 30 pagine (sulle circa 100 dell'intero profilo), curata dall'Ufficio di supporto, contenente, per l'area dei servizi, box con criticità e possibili piste di lavoro; Bologna invece inserisce entro l'Atto la parte terza del Profilo opportunamente sintetizzata<sup>7</sup>. Piacenza elabora una sintesi di poche pagine predisposta da tecnici dell'A.Usl, dell'Osservatorio politiche sociali della Provincia e dall'Università Cattolica.

Di seguito si riportano due esempi di indice del Profilo all'interno dell'Atto di indirizzo: nel caso di Bologna vengono ripresi nella sintesi tutti i temi trattati nel Profilo, per poi tentare una concettualizzazione delle principali tendenze e criticità emerse.

Nel caso di Piacenza si riportano inizialmente indicazioni sullo strumento (cosa è il Profilo e quali le differenze rispetto al Profilo di salute), per poi riprendere le caratteristiche salienti del contesto ed evidenziare quindi i bisogni emergenti.

#### Esempio: indice sintesi profilo di Bologna (nell'Atto)

Totale pagine: 26

Parte 2 Profilo di comunità

- 2.1 La popolazione: come si sta nel territorio provinciale?
  - 2.1.1. Dati di contesto: chi siamo, quanti siamo, come stiamo
  - 2.1.2. Dati di contesto: ...fra casa e lavoro
  - 2.1.3. 'Clima' comunitario, relazioni sociali e qualità della vita
- 2.2 I bisogni complessi e il sistema dell'offerta
  - 2.2.1 L'universo "famiglia, bambini, adolescenti": dal quotidiano, all'emergenza, al sistema educativo-formativo
  - 2.2.2 Fra auto e non autosufficienza
  - 2.2.3 Povertà ed esclusione sociale
  - 2.2.4 Immigrazione
  - 2.2.5. Salute e servizi sanitari
- 2.3 Per tentare una sintesi
  - 2.3.1 La qualità della vita: casa e lavoro fra luci e ombre
  - 2.3.2 Qualità della vita e benessere: la salute è anche una questione di stile
  - 2.3.3 La qualità della vita: le relazioni, la comunità, la sicurezza
  - 2.3.4 Risposte vecchie e nuove a bisogni che cambiano

#### Esempio: indice sintesi profilo di Piacenza (nell'Atto)

Totale pagine: 5

1. Il profilo di comunità: uno strumento di supporto della pianificazione
2. L'evoluzione dei bisogni e delle opportunità: dal Profilo di salute al Profilo di comunità
3. La provincia di Piacenza nel profilo di comunità

Un **secondo gruppo** di territori ha **rielaborato** i principali contenuti del Profilo, sottoponendoli alla discussione di gruppi misti composti da referenti del Pubblico, del Privato sociale, della comunità locale; dai gruppi sono scaturiti ulteriori riflessioni che hanno arricchito i contenuti del Profilo, nonché ulteriori bisogni considerati prioritari. Questo tipo di percorso è stato realizzato da Cesena, Forlì, Rimini.

Cesena e Forlì partivano entrambi già da esperienze precedenti di costruzione di un Profilo di comunità.

In particolare, Forlì ha potuto contare sull'esperienza del comune capoluogo che già nel 2007 aveva redatto un Profilo misurandosi quindi con le difficoltà incontrate poi da molti altri territori: banche dati non sempre attendibili, la difficoltà ad integrare le letture specifiche di ciascun professionista, la difficoltà ad individuare efficaci modalità per coinvolgere la comunità locale. Questa esperienza ha fornito suggerimenti per migliorare le modalità di lavoro necessarie a realizzare un'effettiva integrazione socio-sanitaria. Si è avviato a tale scopo un Comitato tecnico composto da referenti dell'Università, dei Comuni e dell'A.Usl, nonché del Terzo settore. Non si è trattato, a detta degli stessi protagonisti, di un processo lineare, anzi, come sottolineato dalla referente dell'Ufficio di supporto partecipante al focus, "ci si è mossi a scatti", a momenti di grande azione sono seguiti anche fasi di rallentamento e, tuttavia, viene sottolineato che l'elemento caratterizzante di tale percorso, più volte ribadito anche nell'Atto, è stata la "centralità dell'ascolto" per la definizione delle linee programmatiche. Il coinvolgimento della comunità locale è avvenuto attraverso sei focus group composti da referenti di associazioni e cooperative sociali, di comitati di quartiere, dell'A.Usl, di sindacati, della scuola e della formazione professionale.

Da un profilo, versione integrale, di una cinquantina di pagine, già quindi piuttosto snello, si arriva ad un Profilo, inserito nell'Atto, di 12 pagine, frutto del percorso sopra descritto.

<sup>7</sup> L'analisi della struttura dei Profili di comunità è approfondita nel capitolo 3 del presente rapporto

**Profilo di comunità di Forlì - versione integrale**

Introduzione:

Profilo di Comunità 2008 del Comprensorio Forlivese.

Cap. I Chi siamo, dove viviamo, come stiamo

Cap. II Quali risorse, condizioni e comportamenti di vita quotidiana

Cap. III Relazioni di prossimità e coesione sociale

fase 1

**Profilo di comunità entro l'Atto di Forlì**

Profilo di comunità: sintesi e criticità

1. Percorso

2. Sintesi e risultati percorso di ascolto

Ambiente

Popolazione

Stato di salute

Stato socio-economico

Offerta di servizi

3. Analisi mutamenti in essere

La dimensione territoriale

Il sistema pubblico/privato (sistema misto)

L'andamento temporale di alcuni fenomeni

fase 2

Le scelte effettuate a Cesena sono in parte simili a quelle di Forlì con un processo molto consequenziale: la prima versione del profilo è stata seguita da una rielaborazione "partecipata", attuata tramite nove incontri con vari stakeholders. L'ampio materiale raccolto è stato poi elaborato in un unico documento confluito nell'Atto. Per ogni area tematica vengono riportati i principali contenuti emersi dal Profilo di comunità, le segnalazioni raccolte nei focus group realizzati, infine le proposte di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio.

Anche Rimini sottopone i dati e le informazioni a referenti di Terzo settore: il risultato confluisce in un documento finale di

**Esempio: indice sintesi profilo di Rimini (nell'Atto)****Totale pagine: 20**

1. La comunità della provincia di Rimini
  - 1.1 Una provincia dinamica
  - 1.2 Alcuni target di popolazione
  - 1.3 Salute e stili di vita
  - 1.4 Tra monitoraggio e prevenzione
2. Servizi, risorse informali, domanda espressa e domanda soddisfatta
  - 2.1 Servizi e interventi
  - 2.2 La sanità che si prende cura
  - 2.3 Scuola e infanzia
  - 2.4 Il problema casa
  - 2.5 Il ruolo della socialità
3. Il territorio tra bisogni e risorse: principali tendenze e criticità
  - 3.1 Una solidità da ricostruire
  - 3.2 Principali tendenze e criticità

Documenti consultati

Allegato: "Indice Profilo di Comunità della provincia di Rimini"

20 pagine (dalle 160 pagine iniziali) che viene inserito nell'Atto e nel quale confluiscono ulteriori informazioni rispetto alla versione più ampia. In particolare, vengono riportate le principali tendenze, criticità e i problemi maggiormente ricorrenti nella percezione delle persone coinvolte.

**2.5.2 Il passaggio dai bisogni alle priorità strategiche**

Se è abbastanza chiaro il passaggio dal Profilo di comunità alla sua rielaborazione per l'Atto, lo è meno il passaggio da questa rielaborazione all'individuazione delle priorità contenute nell'Atto. Informazioni in merito si rintracciano negli Atti di Cesena, Ravenna Bologna, Modena nei quali è evidente lo sforzo dei tecnici di fornire agli amministratori locali le informazioni sintetiche e puntuali sui bisogni emergenti, sulle criticità più rilevanti, relativamente a possibili piste di lavoro.

A titolo esemplificativo si citano due casi: Cesena e Ferrara. L'Ufficio di presidenza della Conferenza territoriale di Cesena ha affidato ad un gruppo di tecnici, dell'ambito sociale e sanitario, il compito di valutare le criticità e i bisogni emersi dal profilo di Comunità e dai gruppi/focus. Tutto ciò allo scopo di offrire ai decisori elementi che potessero aiutare la scelta delle priorità sulle quali intervenire maggiormente nella programmazione distrettuale. Si riporta nel box sottostante il metodo utilizzato per effettuare la valutazione delle criticità (Cfr. allegato 5 dell'Atto).

Ogni problema è stato esaminato attraverso la valutazione dei seguenti quattro criteri con una scala da 1 (minimo) a 10 (massimo):

- La **DIFFUSIONE**, cioè quante persone sul totale della popolazione sono coinvolte dal problema. Ad esempio se tocca l'intera popolazione la valutazione sarà 10 se tocca una porzione minima sarà 1.
- La **GRAVITÀ**, cioè quanto pesa sulla salute e sul benessere delle persone, ma anche che ricadute ha sulla società e l'economia della nostra comunità.
- L'**EQUITA'**, cioè quanto la risoluzione di questo problema può ridurre una disuguaglianza (evitabile) presente. Ad es. se un problema interessa una piccola parte di popolazione, ma questa è una componente già svantaggiata e fragile, un voto alto può riequilibrare quello basso dato al criterio "Diffusione", questo criterio vuole evitare che la semplice legge dei numeri non porti a aumentare lo svantaggio sociale e di salute di porzioni piccole di popolazione.
- La **RISOLVIBILITA'**, cioè la disponibilità di interventi efficaci per rispondere al problema, ma NB si deve considerare nella valutazione anche la sostenibilità dell'intervento. Ad esempio ci potrebbero essere interventi fattibili, ma potrebbero essere eticamente non accettabili e molto costosi e difficilmente sostenibili dagli attori che devono mettere in campo le azioni; in questi casi la valutazione dovrebbe essere bassa.

La valutazione è avvenuta prima individualmente e poi condivisa in modo collettivo con gli altri tecnici.

Vengono costituiti due gruppi, uno per distretto.

Il risultato è uno schema nel quale le criticità vengono suddivise in relazione al loro impatto (basso/alto) e alla loro risolvibilità (alta/bassa).

**Alto Impatto** se valutazione di Diffusione+Gravità+Equità è maggiore o uguale a 18

**Alta Risolvibilità** se valutazione della Risolvibilità è maggiore o uguale a 6

Sempre Cesena, nell'intento di facilitare il passaggio dai bisogni all'individuazione delle priorità, ha poi elaborato tutti i contenuti nella modalità riportata nel riquadro. L'esempio indicato riguarda il tema "Qualità degli ambienti e degli alimenti". Come si può osservare le informazioni sono state riorganizzate suddividendole in tre livelli: quanto emerge dal profilo; le segnalazioni scaturite dai focus groups; gli obiettivi proposti per la scelta delle priorità triennali.

**Atto di indirizzo di Cesena<sup>8</sup>.**

Qualità degli ambienti e degli alimenti

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- Ozono e polveri fini (PM10) sono gli inquinanti più critici per la qualità dell'aria nel territorio del cesenate. Con una riduzione dei livelli di PM10 in eccesso si stima di poter evitare circa 13 decessi all'anno.
- Nel 2007 il nostro territorio è stato interessato da una epidemia di chikungunya (18 casi). Questo episodio è legato al modificarsi delle condizioni climatiche e della circolazione delle merci e delle persone che ha creato le condizioni per la diffusione di nuovi potenziali vettori di malattie infettive (zanzara tigre).
- Negli ultimi anni la produzione dei rifiuti urbani pro-capite nella provincia di Forlì-Cesena è aumentata progressivamente: nel 2006 la produzione è risultata di 726 kg/procapite. Nei comuni del territorio cesenate, nel 2006, solo il 29% dei rifiuti è stato raccolto in modo differenziato.
- Nel cesenate è molto diffusa la produzione e la trasformazione di frutta e di alimenti di origine animale, in particolare nel settore avicolo: pollame e tacchini (oltre 50 milioni di capi macellati all'anno) e ovoprodotti (19mila tonnellate prodotte per anno). Nel settore ittico sono stati commercializzati nel 2007, 33 mila tonnellate di prodotti della pesca. Nel territorio, in particolare quello della costa, è presente una importante realtà alberghiera e della ristorazione con milioni di pasti serviti ogni anno.
- Negli ultimi anni si è registrato un notevole decremento della tossinfezioni alimentari segnalate, sia in termini di episodi che di singoli casi. Nei prodotti ortofrutticoli, negli ultimi anni, si è assistito alla registrazione d'irregolarità numericamente variabili, ma pur sempre al di sotto del 4% e a carico soprattutto di prodotti di provenienza estera.

I gruppi focus segnalano che:

Per una maggiore vivibilità dell'ambiente e una diminuzione delle patologie da inquinanti, si auspica una maggior salubrità dell'aria (riduzione PM10) e degli alimenti (pesticidi) e una riduzione dell'inquinamento acustico e informatico.

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- Ridurre l'inquinamento aereo da polveri sottili (PM10)
- Contrastare lo sviluppo di insetti vettori di malattie infettive
- Ridurre la quantità di rifiuti prodotti e quelli raccolti in modo non differenziato.

Peculiare è la scelta di Ferrara, così come emerso dal focus group, di raccordare Profilo e Atto attraverso un forte coinvolgimento degli amministratori locali in tutto il processo per la predisposizione dell'Atto. Il Profilo di comunità era già stato predisposto a giugno 2008, in continuità con il profilo di salute, del quale mantiene l'impostazione prettamente di tipo sanitario. Per l'Atto si sceglie di dare maggiore rilevanza all'integrazione: innanzitutto, tra professionalità, per cui l'Ufficio di supporto viene ridefinito aggiungendo, accanto ai vari referenti dell'A.Usl (direttori di distretto, responsabile del Piano per la salute, coordinatore delle attività sociosanitarie),

i tre responsabili degli Uffici di piano distrettuali; ma anche di integrazione politica/istituzionale, in quanto tutto il percorso di definizione dell'Atto viene condiviso con gli amministratori locali. Ciò è stato concretamente realizzato attraverso un forte investimento dell'Ufficio di supporto nel condividere con gli amministratori locali i contenuti e le priorità via via scaturite: concretamente, referenti dell'Ufficio hanno presentato ai Comitati di distretto.

**2.6 Il Profilo di comunità è stato uno strumento per la programmazione integrata?**

Al termine dell'analisi qui condotta è evidente che i territori hanno "preso seriamente" il compito di costruire un quadro dinamico del loro contesto locale e hanno ben compreso il significato del Profilo di comunità ai fini della programmazione. Pur nelle tante difficoltà rilevate i referenti dell'Ufficio di supporto coinvolti nel focus group hanno evidenziato un sentire comune: i Profili sono un documento di cui va curato un costante aggiornamento e, soprattutto, rispetto al quale è necessario consolidare e migliorare i processi di partecipazione (all'interno dei vari settori dei servizi e tra organizzazioni pubbliche e del privato sociale).

Molti territori, poi, hanno evidenziato la necessità di lavorare ancora molto sull'individuazione di tendenze e criticità (nel Profilo), ossia sulla necessità di concettualizzare ed evidenziare gli elementi salienti; ancora incompiuto risulta anche il coinvolgimento di quei testimoni significativi di una comunità locale che rappresentano "antenne" delle problematiche più sommerse, dei bisogni che non trovano risposta nei servizi in essere. Una lettura più ampia degli elementi di criticità del tessuto locale richiede senza dubbio il coinvolgimento di altri soggetti: non solo referenti dei servizi sociali e sanitari, ma anche referenti dello sport, del tempo libero, della casa, dei trasporti locali, etc., tra cui anche tutti i soggetti che sono espressione del capitale sociale così positivamente presente in tutti i territori della regione. L'avvio dei Profili di comunità ha consentito di sviluppare una visione più ampia degli elementi di contesto (variabili culturali, economiche, etc.); si rende però altrettanto necessario potere poi verificare le scelte strategiche con una platea più allargata di soggetti.

Rispetto poi al raccordo con la programmazione distrettuale, è evidente che occorre, prima di tutto che in futuro la programmazione si possa svolgere in tempi più adeguati in quanto i processi ripercorsi da questa analisi sono estremamente complessi e articolati.

Infine, gli amministratori locali: l'Atto di indirizzo pone la Conferenza territoriale sociale e sanitaria quale nodo strategico per la pianificazione degli interventi per la salute e il benessere sociale, attribuendole un ruolo centrale nelle scelte programmatiche. Questo ruolo va consolidato e rafforzato per il futuro: è una sfida importante alla quale sono chiamati a rispondere tutti gli amministratori.

<sup>8</sup> Cfr. Atto di indirizzo e coordinamento triennale di Cesena, p. 20.