

I Piani di zona distrettuali per la salute e
il benessere sociale 2009-2011:
una prima analisi dell'integrazione
della programmazione
nei documenti e nei processi

Febbraio 2010



**I Piani di zona distrettuali
per la salute e il benessere sociale 2009-2011:
una prima analisi dell'integrazione della
programmazione nei documenti e nei processi**

Febbraio 2010



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**.



Il lavoro di analisi è stato condotto da un'équipe di Iress composta da **Marisa Anconelli** (direzione), **Rossella Piccinini** (coordinamento), **Valerio Vanelli**, **Tatiana Saruis** e **Daniela Farini** (ricercatori senior); gli esiti confluiscono nel presente rapporto di ricerca curato in particolare da **Marisa Anconelli** e **Rossella Piccinini**.

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

Si ringraziano **Luca Benecchi**, **Massimiliano Di Toro Mammarella**, **Elisa Gardella**, **Chiara Ghirardi**, **Carla Golfieri**, **Silvia Guidi**, **Maria Laura Gurioli**, **Paride Lorenzini**, **Giuseppe Magistrali**, **Enza Malaguti**, **Maria Daniela Orlando**, **Antonio Ricchi**, **Graziana Rossi**, **Laura Rossi**, **Roberta Sarti**, **Agnese Senzani**, **Roberta Serri**, **Danila Uccelli**, **Graziano Vecchiattini**, **Silvia Zoli**, che attraverso la partecipazione ai focus group 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/wcm/emiliaromagnasociale/home>

PRESENTAZIONE	1
Parte 1	3
I DOCUMENTI DI PIANO E I PROCESSI PROGRAMMATORI	3
CAP. 1 – L’IMPOSTAZIONE DI UNA ANALISI COMPLESSA	3
1.1 Obiettivi e metodo dell’analisi	4
CAP. 2 – I PIANI DI ZONA DISTRETTUALI PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE: UNO SGUARDO D’INSIEME	5
2.1. L’evoluzione degli strumenti per la composizione del Piano di zona triennale	6
2.2 L’ utilizzo della “ tabella 1 ”	8
2.3 L’aderenza all’indice di piano proposto dalla Regione	9
2.4 Il target degli interventi: alcune riflessioni	11
2.5 L’esplicitazione delle finalità programmatiche: alcune riflessioni	12
2.6 L’integrazione gestionale/professionale: alcune riflessioni	13
2.7 L’integrazione con le altre politiche: alcune riflessioni	13
CAP. 3 – I BISOGNI E GLI OBIETTIVI: UNA ANALISI QUALITATIVA	15
3.1 Una premessa di metodo	16
3.2 La “ lente ” di osservazione: un criterio di lettura	16
3.3 Area Responsabilità famigliari	17
3.3.1 Tipologie di bisogni prevalenti	17
3.3.2 Tipologie di obiettivi prevalenti	19
3.4 Area Infanzia e adolescenza	20
3.4.1 Tipologie di bisogni prevalenti	20
3.4.2 Tipologie di obiettivi prevalenti	21
3.5 Area Anziani	23
3.5.1 Tipologie di bisogni prevalenti	23
3.5.2 Tipologie di obiettivi prevalenti	25
3.6 Area Disabilità	26
3.6.1 Tipologie di bisogni prevalenti	26
3.6.2 Tipologie di obiettivi prevalenti	28
3.7 Area Giovani	32
3.7.1 Tipologie di bisogni prevalenti	32
3.7.2 Tipologie di obiettivi prevalenti	33
3.8 Area salute mentale	34
3.8.1 Tipologie di bisogni prevalenti	34
3.8.2 Tipologie di obiettivi prevalenti	36
3.9 Area Immigrati	37
3.9.1 Tipologie di bisogni prevalenti	37
3.9.2 Tipologie di obiettivi prevalenti	38
3.10 Area Dipendenze	38
3.10.1 Tipologie di bisogni prevalenti	38
3.10.2 Tipologie di obiettivi prevalenti	40
3.11 Area Povertà ed Esclusione Sociale	40
3.11.1 Tipologie di bisogni prevalenti	40
3.11.2. Tipologia di obiettivi prevalenti	43
3.12 Le combinazioni di target: un “ puzzle ” di bisogni e obiettivi	44
3.12.1 Responsabilità famigliari insieme a Infanzia e adolescenza: tipologie di bisogni prevalenti	44
3.12.2 Responsabilità famigliari insieme a Infanzia e adolescenza: tipologie di obiettivi prevalenti	45
3.12.3 Ulteriori composizioni di target: bisogni e obiettivi prevalenti	45
3.12.4 Anziani insieme a Disabili: tipologie di bisogni prevalenti	46
3.12.5 Anziani insieme a Disabili: tipologie di obiettivi prevalenti	46
3.12.6 Giovani insieme a dipendenze: bisogni e obiettivi prevalenti	46
3.13 Quando il target è tutta la popolazione	47
3.13.1. Sintetiche annotazioni di metodo	47
3.13.2. Tipologie di bisogni prevalenti	47
3.13.3 Tipologie di obiettivi prevalenti	49
CAP. 4 – UNA LETTURA QUALITATIVA DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA: UN’INTEGRAZIONE POSSIBILE	53
4.1 Una premessa di metodo	54
4.2 I contenuti sanitari dei Piani triennali: dove, come, quanto	54

4.3	La promozione di stili di vita sani	56
4.4	La programmazione sanitaria	56
	4.4.1 Gli interventi sanitari sollecitati dalla Regione	57
4.5	Per una sintesi: alcune valutazioni	57
CAP. 5 – LA RELAZIONE TRA BISOGNI ED OBIETTIVI DEI PIANI DISTRETTUALI E DEGLI ATTI DI INDIRIZZO		59
5.1	Una premessa di metodo	60
5.2	La relazione tra i bisogni riportati in un capitolo ad hoc e nelle “ tabelle 1”	60
5.3	La relazione tra i bisogni e gli obiettivi contenuti nelle “ tabelle 1”	63
5.4	La relazione tra gli obiettivi contenuti nelle “ tabelle 1” e gli Atti d’indirizzo e coordinamento triennali delle CTSS	66
CAP. 6 – MONITORAGGIO, VALUTAZIONE E INDICATORI DI RISULTATO		69
6.1	Premessa: la valutazione nei Piani distrettuali	70
6.2	Gli indicatori di risultato indicati nelle “ tabelle 1”	70
6.3	Il sistema di monitoraggio e valutazione previsto dai Piani distrettuali triennali	73
CAP. 7 – CONCLUDERE E SINTETIZZARE: UN’OPERAZIONE NON SEMPLICE		77
7.1	La parola agli attori principali	78
7.2	Coerenza interna e dinamiche dell’impianto programmatico complessivo: dagli Atti di Indirizzo ai Piani di Zona	78
7.3	I tavoli tematici come “ strumento” di integrazione	79
7.4	La programmazione “ per target” : un campo aperto di nuove ipotesi	81
7.5	La “ tabella 1” come strumento di integrazione	81
7.6	Integrare sociale e sanitario	82
Parte 2		83
APPROFONDIMENTI ED ELABORAZIONI. L’ANALISI STATISTICA DELLE “TABELLE 1”		
1.	L’analisi per target	84
2.	Le “ combinazioni” di target: un indicatore di integrazione?	88
3.	Le finalità (di informazione, prevenzione, cura) degli interventi previsti	89
4.	Le combinazioni di finalità: un passo avanti verso politiche di welfare più mature?	93
5.	L’integrazione gestionale/professionale	94
6.	L’integrazione con le altre politiche	96

Presentazione

Con questo Rapporto proseguiamo nel lavoro di analisi degli strumenti di programmazione integrata, previsti dal Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010: il Profilo di comunità, l'Atto di indirizzo e coordinamento triennale, il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale triennale, il Piano attuativo annuale.

Nello scorso ottobre abbiamo realizzato una pubblicazione sui primi strumenti adottati, i Profili di comunità e gli Atti di indirizzo e coordinamento triennali 2009-2011. Con quella pubblicazione abbiamo presentato una valutazione dell'esperienza della programmazione integrata del "livello intermedio", cioè il livello delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, a cui spetta l'analisi dei bisogni e delle criticità del territorio dell'Azienda UsI (Profilo di comunità) e la predisposizione degli obiettivi strategici per farvi fronte (Atto di indirizzo e coordinamento triennale).

L'analisi che proponiamo con questo rapporto riguarda la programmazione sociale e sanitaria triennale locale, cioè a livello dell'ambito distrettuale, elaborata congiuntamente dal Comitato di Distretto (composto dagli Amministratori dei Comuni afferenti al territorio distrettuale) e dal direttore del Distretto: i Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2009-2011.

L'analisi mira ad approfondire come, all'interno della programmazione di lungo periodo, siano state recepite e rielaborate le indicazioni date dalla Regione attraverso il Piano sociale e sanitario affinché si avviasse concretamente una programmazione integrata, considerata strategica per sviluppare un welfare universalistico ed equo, a livello di comunità locale e regionale.

La grande sfida era di superare le programmazioni settoriali, quasi totalmente distinte per processi e per contenuti, e provare a realizzare una programmazione locale che dettasse elementi di governo, di indirizzo, di organizzazione e di valutazione comuni. L'auspicio era anche che questo percorso di integrazione potesse andare oltre il sociale e la sanità e sapesse coinvolgere altri ambiti di programmazione delle politiche locali, quali la scuola, la formazione, il lavoro, la casa, i trasporti...

Dalla lettura dei Piani distrettuali sentiamo di poter dire che l'idea è passata e che vi è stato un reale sforzo di mettere insieme Istituzioni, attori della società civile, operatori della sanità e del sociale, strumenti, per pensare e attuare questa integrazione.

Il rapporto descrive, per ciascun target di popolazione e per ciascun territorio, i principali obiettivi della programmazione. Dall'analisi si evince un impegno consistente ad affrontare i problemi nella loro reale complessità mettendo insieme informazioni diverse e proponendo approcci e obiettivi integrati.

Crediamo che la lettura di questo lavoro sia di interesse per tutti i referenti regionali e locali: ognuno potrà collocarsi, per la propria area di attività, entro un quadro di politiche territoriali ben definito che parte dal livello regionale e che si sviluppa in maniera originale e diversificata nei singoli territori, a seconda delle esigenze specifiche.

Crediamo che sia utile a tutti allargare lo sguardo dal proprio osservatorio locale agli altri territori della regione, affini per storia o distanti, ma comunque sempre collocati dentro una geografia regionale ricca di stimoli e di esperienze, così come

crediamo sia utile a tutti connettere letture, problemi per individuare soluzioni condivise in un lavoro unitario.

Il valore di questo rapporto sta anche nell'approccio di analisi critica rispetto alle scelte regionali. Si è voluto infatti capire, attraverso gruppi "focus" con i rappresentanti degli Uffici di Piano, da anni vero "motore" della pianificazione territoriale, se gli strumenti regionali elaborati a supporto della programmazione fossero da rivedere o da migliorare alla luce dell'esperienza diretta dei vari ambiti distrettuali. Un lavoro che è stato fatto anche per i Profili di comunità e per gli Atti di Indirizzo e coordinamento triennale. I risultati, testimoniati sia in questo che nel primo rapporto pubblicato nell'ottobre 2009, incoraggiano a proseguire nel percorso indicato.

Resta, in ogni caso, l'intento forte della Regione di continuare in percorsi di miglioramento e di supporto alla programmazione locale per rendere sempre più precisa la lettura dei bisogni complessi della popolazione e, insieme, rendere più precisa e condivisa la definizione di obiettivi e azioni che sappiano farvi fronte.

Anna Maria Dapporto

Assessore promozione politiche sociali educative per infanzia e adolescenza, immigrazione, volontariato, associazionismo, Terzo Settore

Giovanni Bissoni

Assessore politiche per la salute



Parte 1
I documenti di piano
e i processi
programmatori

Cap. 1
L'impostazione
di un'analisi complessa

L'impostazione di un'analisi complessa

1.1 Obiettivi e metodo dell'analisi

Il lavoro di analisi, di cui si presentano gli esiti nel presente report, si inserisce in un percorso di approfondimento dell'implementazione degli strumenti per la nuova programmazione sociale e sanitaria 2009/2011, con attenzione sia ai contenuti elaborati che alle metodologie utilizzate.

L'attenzione è stata posta in una prima fase (2008-2009) sull'analisi dei contenuti e dei processi che hanno portato alla stesura dei documenti elaborati dal cosiddetto livello intermedio, ossia i dieci Profili di comunità e gli Atti di indirizzo e coordinamento triennali approvati dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie. I risultati emersi sono contenuti nel rapporto pubblicato in autunno 2009: *I nuovi strumenti della programmazione regionale: la sfida del profilo di comunità e dell'atto di indirizzo e coordinamento triennale*.

A seguire, la Regione Emilia-Romagna ha ritenuto necessario acquisire un quadro dettagliato anche della programmazione di livello locale così come viene definita nei 38 Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2009-2011 (di seguito abbreviato in Piani distrettuali). In particolare, il lavoro di approfondimento ha inteso rispondere a tre principali obiettivi:

1. avere uno sguardo generale sulla nuova programmazione triennale di ambito distrettuale;
2. censire bisogni e obiettivi prioritari individuati nei Piani distrettuali, al fine di raccogliere elementi utili alla programmazione regionale;
3. verificare la coerenza e il rapporto fra questa e gli altri documenti di programmazione di livello "intermedio" (in particolare, Profilo di Comunità e Atti di indirizzo);
4. verificare l'utilizzo degli strumenti proposti dalla Regione (in specifico, "tabella 1" – Obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale"), la loro coerenza interna e la loro utilità rispetto alla programmazione locale.

Tutto il lavoro di analisi è ovviamente propedeutico alla valutazione, in ultima istanza, delle connessioni fra programmazione triennale locale e programmazione di livello intermedio di Conferenza territoriale sociale e sanitaria (leggi Atto di indirizzo), nonché con quanto programmato nei Programmi attuativi annuali.

Dal punto di vista metodologico si sono realizzate le azioni di seguito descritte.

In una prima fase (maggio/luglio 2009) è stato definito lo strumento di analisi dei 38 Piani triennali i cui indicatori per la lettura sono stati condivisi all'interno di un apposito incontro con referenti regionali dei settori sociali e sanitari.

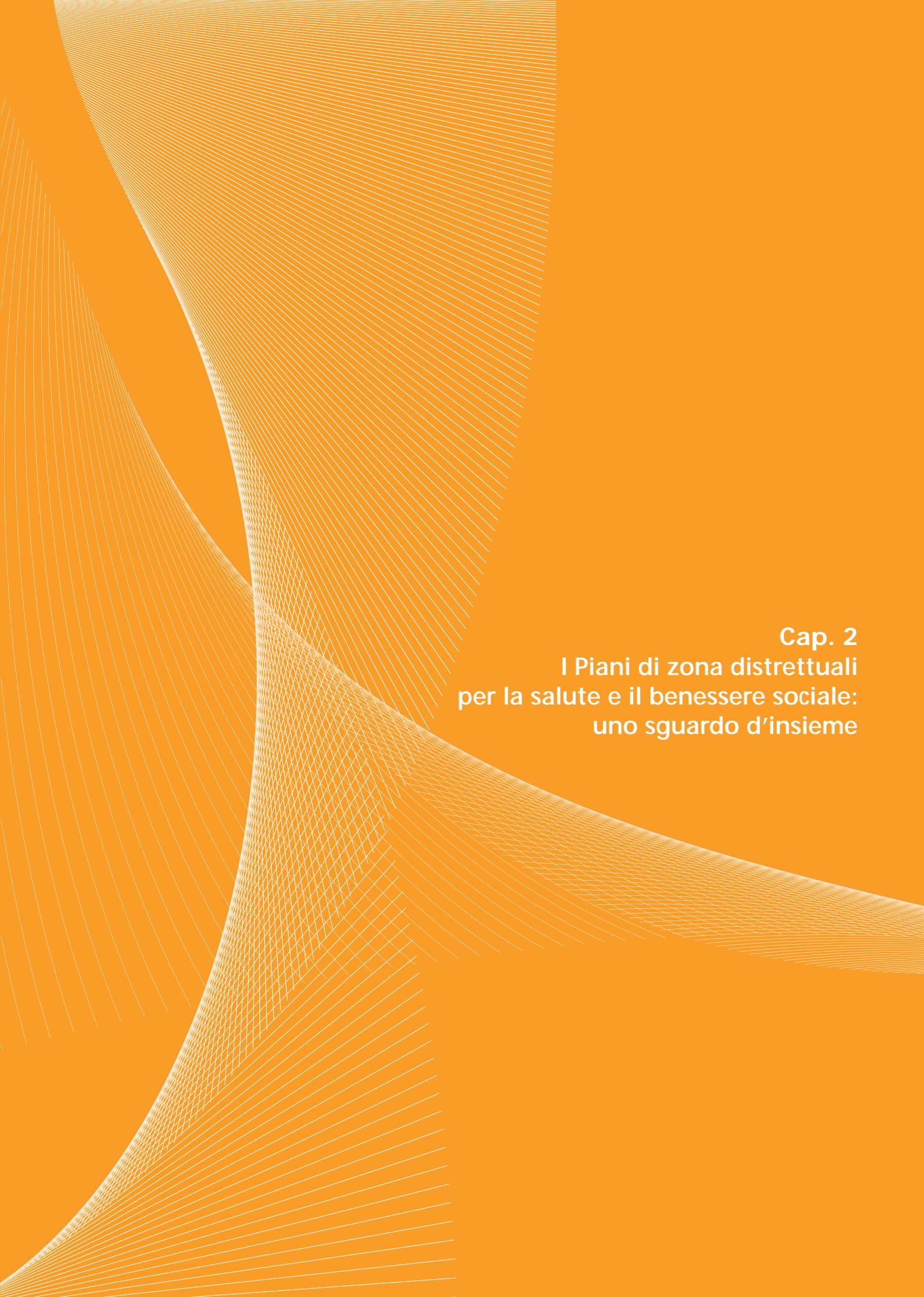
A seguire (autunno 2009) si è proceduto nell'analisi di tutti i 38 Piani triennali a partire dai contenuti riportati in "tabella 1". In particolare, si è posta attenzione alla presenza/assenza dei contenuti richiesti, alla coerenza interna fra le varie voci della "tabella 1", all'analisi delle scelte distrettuali per la definizione dei target di popolazione, delle finalità, dell'integrazione tra politiche, dei percorsi di monitoraggio e valutazione. Grande lavoro è stato anche dedicato alla lettura dei bisogni ed obiettivi individuati nelle "tabelle 1", ma i documenti di Piano sono stati analizzati nella loro completezza per non perdere importanti informazioni e avere un quadro completo delle scelte effettuate in ciascun territorio.

Per completare l'analisi documentale sono stati inoltre effettuati due focus group (ottobre e novembre 2009) finalizzati

a confrontare le elaborazioni emerse dall'approfondimento sui Piani triennali con i processi che ne hanno sostenuto la predisposizione. Si è scelto di allargare il più possibile la platea dei partecipanti, invitando – in due focus strutturati con le stesse modalità – la totalità degli Uffici di piano regionali.

Il lavoro che di seguito presentiamo è fondato principalmente su un'analisi di tipo documentale. I focus group realizzati hanno avuto come obiettivo quello di approfondire alcuni temi che emergevano dall'analisi dei piani o che sono considerati dalla Regione come obiettivi strategici prioritari, quali ad esempio l'integrazione tra sociale e sanitario e con altre politiche.

Il quadro di riferimento complessivo rimangono gli obiettivi tracciati dal Piano sociale e sanitario regionale e dagli atti attuativi, che per il triennio in corso guidano la programmazione territoriale. L'analisi svolta è pertanto una prima base conoscitiva che consentirà alla Regione di avviare un confronto più puntuale con gli ambiti distrettuali volto ad approfondire alcuni dei temi principali emersi e potrà infine portare, prima dell'avvio del nuovo triennio, alla definizione di indirizzi regionali integrativi a supporto dei processi di programmazione territoriale.



Cap. 2
I Piani di zona distrettuali
per la salute e il benessere sociale:
uno sguardo d'insieme

Cap. 2 I Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale: uno sguardo d'insieme

2.1. L'evoluzione degli strumenti per la composizione del Piano di zona triennale

Come noto, la Regione aveva proposto uno schema di indice/struttura dei nuovi Piani distrettuali triennali¹ (presentato in Box 1) e, seguendo una prassi consolidata ormai negli anni (sin dal 2002), suggerito strumenti per facilitare i territori nella composizione del documento di piano, nonché per potere avere Piani con una struttura il più possibile omogenea, così da consentirne una analisi comparata.

È opportuno ricordare che anche l'individuazione degli strumenti e della struttura di indice dei nuovi Piani distrettuali è stata frutto di un lavoro svolto all'interno della Regione nel corso del 2008 che ha visto coinvolti referenti tecnici di area sociale, socio-sanitario, sanitaria e ha anche tenuto conto delle valutazioni effettuate con gli Uffici di piano distrettuali sugli strumenti utilizzati per la precedente fase di programmazione 2005-2008.

In questo capitolo si descrivono brevemente l'insieme delle scelte che hanno guidato la stesura dei Piani distrettuali 2009-2011, approfondendo in modo particolare l'utilizzo dello strumento predisposto a livello regionale, la cosiddetta "tabella 1" (così sarà "chiamata" nel corso di questo rapporto e così è correntemente "chiamata" dagli operatori che sono stati coinvolti nel recente processo programmatico). La "tabella 1" non è infatti un mero strumento di carattere burocratico per la presentazione del Piano, ma costituisce piuttosto il "cuore" della programmazione triennale in quanto contiene gli obiettivi strategici su cui i territori si sono impegnati a lavorare nell'arco del triennio considerato.

Le "tabelle 1" sono infatti finalizzate a raccogliere dati e informazioni utili a redigere i capitoli 3,4,5 dei Piani (come previsto dallo schema di indice proposto dalla Regione).

L'analisi delle tante tabelle "1" (una o più per obiettivo) consente perciò di verificare le modalità di utilizzo dello strumento proposto dalla Regione e se e come esse siano state capaci di rappresentare gli obiettivi dei vari piani e di consentirne il confronto. Tale analisi consentirà però anche di fornire un quadro esaustivo dei contenuti della programmazione.

Lo schema della "tabella 1" nel primo "campo" richiede di indicare il/i target a cui si riferiscono i singoli obiettivi strategici, barrando opzioni predefinite. Analogamente nel secondo campo richiede di barrare la finalità generale in cui si inquadra l'obiettivo strategico (promozione, prevenzione, cura/assistenza).

Nel terzo campo chiede di indicare se si sono effettuate forme di integrazione gestionale/professionale o di integrazione tra politiche (Cfr. Box 2).

I dati elaborati a partire dalle scelte operate dai territori nelle tabelle hanno consentito di calcolare la frequenza di alcune variabili (il target degli obiettivi programmatori, le finalità - promozione, prevenzione, cura/assistenza- e le forme di lavoro integrato), nonché di effettuare analisi multivariate (in-

croci fra variabili). Di questa analisi, di cui si da conto in modo approfondito nella Parte 2 del presente rapporto, si ripropongono alcuni dati di sintesi anche nella Parte 1.

Nel presente capitolo si cercherà di riassumere e presentare alcuni elementi che emergono dall'analisi statistica condotta sulle tabelle 1; tale strumento ha rappresentato per i territori una **modalità per organizzare** i contenuti della programmazione (target, bisogni, obiettivi, valutazioni di impatto); al contempo, la tabella ha consentito la realizzazione di una lettura trasversale di tutti i 38 piani, altrimenti difficilmente organizzabile. L'analisi della tabella qui condotta – unita a quanto emerso nei focus group - consente di evidenziare elementi di riflessione utili per una valutazione dei processi agiti nei territori. In premessa a tali riflessioni si ripropongono sinteticamente alcuni dati statistici di sintesi che hanno anche originato le riflessioni stesse proposte.

Per non appesantire l'analisi e la valutazione si rimanda alla Parte 2 del presente rapporto per la ricostruzione del metodo di analisi e per la presentazione delle elaborazioni statistiche.

Box 1 L'indice del Piano di zona triennale per la salute e il benessere sociale²

1. Gli attori e il percorso di costruzione del Piano
2. I bisogni della popolazione emergenti dal **Profilo di comunità** e il confronto con servizi e risorse disponibili
3. Gli **obiettivi strategici** e le **priorità** di intervento del Piano in ambito sociale, socio-sanitario, e dei servizi sanitari territoriali, definiti anche alla luce del Piano regionale della prevenzione
4. Linee d'intervento che attuano l'**integrazione delle politiche** (ambiente, casa, mobilità, inserimento lavorativo, scuola e servizi educativi, sicurezza e coesione sociale). Raccordo con altri strumenti di programmazione locali (Piani strutturali comunali, Piani del traffico, ecc.)
5. Strumenti tecnico-organizzativi e azioni per l'**integrazione gestionale e professionale** e la continuità assistenziale (es: accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp,...)
6. **Monitoraggio e valutazione** (sistemi di indicatori distrettuali, riferimenti regionali)
7. Orientamenti per la **programmazione finanziaria** triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali

"tabella 1"
triennale:
OBIETTIVI
PRIORITARI
per specifici
target e per finalità
generali,
nonché
per l'integrazione
gestionale
e professionale

¹ Cfr. Indicazioni di supporto alla redazione del piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009-2011, del Programma attuativo 2009, e dei programmi provinciali immigrati e minori per l'anno 2009, autunno 2008.

² Sul tema, cfr. www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/programmi/PSSR/pssr_intro/4_formazione/incontri_08/materiali/linee.ppt.

Box 2 - La "Tabella 1" - Gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale

TARGET*								
Responsabilità Familiari	Infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani					Prevenzione		Cura/Assistenza	
<p>RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE (accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</p>								
Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale								
Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali								
Obiettivi d'Integrazione con altre Politiche								
Indicatori di Risultato								

2.2 L' utilizzo della "tabella 1"

Dall'analisi condotta (e riportata in dettaglio nell'Allegato 1 al presente Rapporto) emerge che complessivamente i 38 Piani distrettuali triennali 2009-2011 contengono 676 tabelle "1" con l'indicazione degli obiettivi strategici triennali di salute e benessere³. Dati i 38 distretti presi in esame, mediamente, ciascun Piano di zona triennale 2009-2011 ha utilizzato, per la presentazione dei propri obiettivi strategici e delle relative azioni ed

interventi, 18 tabelle. Naturalmente, si tratta di una mera astrazione statistica che, come tale, se da una parte può fornirci una prima indicazione di massima, dall'altra nasconde situazioni assai diversificate, da provincia a provincia e da distretto a distretto. Infatti, come mostra la tavola seguente, in alcuni territori provinciali si è redatto un numero assai più elevato di tabelle sebbene il numero di distretti – e dunque di Piani distrettuali – sia analogo.

Tavola 1 – N. di tabelle indicanti obiettivi strategici triennali presenti nei Piani distrettuali 2009-11

Provincia	Distretto/Zona sociale	N. "tabelle 1"
	Piacenza	41
	Ponente	17
	Levante	28
Totale Piacenza		86
	Fidenza	6
	Parma	19
	Sud Est	27
	Valli Taro Ceno	18
Totale Parma		70
	Castelnovo	6
	Correggio	37
	Guastalla	8
	Reggio Emilia	10
	Scandiano	9
	Val d'Enza	19
Totale Reggio Emilia		89
	Carpi	10
	Castelfranco Emilia	8
	Mirandola	23
	Modena	10
	Pavullo	8
	Sassuolo	13
	Vignola	3
Totale Modena		75
	Bologna	10
	Casalecchio di Reno	30
	Imola	16
	Pianura Est	27
	Pianura Ovest	13
	Porretta Terme	29
	San Lazzaro di Savena	7
Totale Bologna		132
	Centro Nord	10
	Ovest Centro	4
	Sud Est	6
Totale Ferrara		20
	Faenza	23
	Lugo	13
	Ravenna	57
Totale Ravenna		93
	Cesena Savio	15
	Forlì	31
	Rubicone Costa	13
Totale Forlì-Cesena		59
	Riccione	32
	Rimini	20
Totale Rimini		52
Totale Emilia-Romagna		676

³ Va specificato che le 676 tabelle in oggetto hanno rappresentato anche la unità di rilevazione del presente lavoro che come anticipato ha effettuato una lettura dei Piani distrettuali 2009-2011 proprio partendo da un "censimento" di questo strumento in essi contenuto, andando a racco-

gliere i dati e le informazioni ritenute di rilievo in una matrice-dati predisposta ad hoc (la cui impostazione è stata condivisa a da un gruppo di lavoro regionale) che, appunto, ha mantenuto in riga, come casi, le 676 "tabelle 1" di cui sopra.

L'utilizzo dello strumento: le scelte per Provincia

Così, ad esempio, per i sette distretti modenesi si contano complessivamente 75 "tabelle 1", mentre per i sette di Bologna si arriva a quasi il doppio, 132 "tabelle 1". Alla stessa maniera, i tre distretti della provincia di Ravenna cumulano complessivamente 93 "tabelle 1", mentre i tre ferraresi appena 20; in posizione intermedia fra queste due situazioni si colloca poi il territorio di Forlì-Cesena, con 59 "tabelle 1".

Perché esaminare la "tabella 1"? Una questione di metodo...

Si è ritenuto importante soffermarsi sull'utilizzo dello strumento "tabella 1" in quanto costituisce parte di un percorso valutativo sui processi e gli strumenti che la Regione Emilia-Romagna ha impostato sin dalla prima programmazione sociale distrettuale sperimentale del 2002. L'obiettivo di

fondo, per la Regione, è comprendere come poter essere di supporto ai territori, oltre che nel co-governo dei processi di governance locale, anche nella concretizzazione degli stessi. Un indubbio esito del lavoro in tale direzione è la trasformazione anche "fisica" dei documenti di Piano: dai poderosissimi primi Piani di zona triennali del 2002, si è arrivati, oggi, a documenti più snelli, sebbene contengano più programmazioni, non solo quella sociale, ma anche quella che prima confluiva nei Piani per la salute o nei PAT distrettuali.

Ciò che più conta, e non va dimenticato anche nel condurre la presente analisi, sono ovviamente i processi di cui i documenti esaminati danno conto e a cui gli strumenti stessi devono essere finalizzati.

Infatti sarà importante cercare di comprendere se, al di là e oltre le scelte formali con cui gli Uffici di piano hanno composto il piano (ad esempio, compattando o meno le informazioni in una o più tabelle), si siano verificati processi di condivisione fra i vari soggetti coinvolti nella programmazione rispetto ai contenuti della programmazione stessa. Questo aspetto è stato l'oggetto principale dei focus valutativi effettuati con gli Uffici di piano distrettuali a completamento dell'analisi documentale, che rimane comunque l'oggetto prevalente del presente rapporto.

Anche l'aspetto formale è comunque interessante e come tale va analizzato in quanto potrà consentire ulteriori snellimenti e miglioramenti dello strumento per la prossima programmazione distrettuale.

2.3 L'aderenza all'indice di piano proposto dalla Regione

In una prima osservazione d'insieme si può osservare una sostanziale corrispondenza dei diversi indici dei piani distrettuali rispetto allo schema fornito dalla Regione (cfr Box 1).

Alcuni Piani tuttavia hanno rinunciato alla stesura del capitolo relativo ai bisogni della popolazione descritti dai Profili di comunità, limitandosi a collegare i bisogni ai singoli obiettivi strategici, descrivendoli perciò soltanto all'interno delle "tabelle 1".

Dall'analisi più approfondita si possono classificare i Piani⁴ in tre categorie:

- Piani che non prevedono il "capitolo 2" e dunque la descrizione dei bisogni della popolazione di riferimento;
- Piani che prevedono il "capitolo 2" che si limita a presentare quanto emerso nel Profilo di comunità con riferimento all'intero ambito provinciale;
- Piani in cui nel "capitolo 2" sono presentati maggiori dettagli rispetto ai bisogni espressi dal Profilo di comunità provinciale, con aggiunta di specificità distrettuali.

L'approfondimento sui bisogni della comunità distrettuale: le scelte per Provincia

L'analisi quantitativa di questo aspetto mostra che quasi due terzi (65,8%) dei documenti analizzati presentano in un apposito capitolo i bisogni declinati a livello distrettuale; un 11% circa – ossia 4 territori su 38 – si limita ad inserire quanto descritto nel Profilo di comunità provinciale e il restante 24% circa (ossia nove distretti) non contiene alcun capitolo ad hoc sul tema.

⁴ Da una prima disamina dei Piani distrettuali 2009-2011 ci si è resi innanzitutto conto che non tutti i Piani contenevano un apposito capitolo dedicato alla descrizione delle esigenze del territorio. Si è deciso di inserire nella Griglia di rilevazione con cui si è proceduto, come già spiegato, alla mappatura degli stessi Piani triennali, un campo in cui, per ciascun distretto e per ciascun Piano di zona, si è indicata la presenza o meno di questo capitolo. Nel caso, poi, in cui quest'ultimo fosse presente, si è deciso di distinguere fra quei territori che semplicemente si erano limitati ad in-

serire nel proprio documento di programmazione quanto presentato nel Profilo di comunità (il quale, come noto, ha come orizzonte di riferimento spaziale l'intero territorio provinciale) e quelli che, invece, avevano cercato di entrare maggiormente nel dettaglio delle specificità e delle problematiche proprie del distretto, il quale può, effettivamente, presentare esigenze e peculiarità diverse, o comunque solo in parte sovrapponibili a quelle evidenziabili a livello provinciale.

Tavola 2 – Piani distrettuali 2009-2011 per distretto e provincia rispetto alla presenza e al contenuto di un capitolo relativo ai bisogni del territorio

Provincia	Distretto/Zona sociale	Presente, con dettaglio distrettuale	Presente, ma riferito esclusivamente al livello provinciale	Non presente
	Piacenza	1		
	Ponente	1		
	Levante	1		
Totale Piacenza		3		
	Fidenza	1		
	Parma	1		
	Sud Est	1		
	Valli Taro Ceno	1		
Totale Parma		4		
	Castelnovo			1
	Correggio			1
	Guastalla	1		
	Reggio Emilia	1		
	Scandiano		1	
	Val d'Enza			1
Totale Reggio Emilia		2	1	3
	Carpi	1		
	Castelfranco Emilia	1		
	Mirandola	1		
	Modena	1		
	Pavullo	1		
	Sassuolo			1
	Vignola	1		
Totale Modena		6		1
	Bologna	1		
	Casalecchio di Reno	1		
	Imola		1	
	Pianura Est	1		
	Pianura Ovest	1		
	Porretta Terme	1		
	San Lazzaro di Savena			1
Totale Bologna		5	1	1
	Centro Nord			1
	Ovest Centro			1
	Sud Est			1
Totale Ferrara				3
	Faenza	1		
	Lugo	1		
	Ravenna	1		
Totale Ravenna		3		
	Cesena Savio		1	
	Forlì			1
	Rubicone Costa	1		
Totale Forlì-Cesena		1	1	1
	Riccione		1	
	Rimini	1		
Totale Rimini		1	1	
Totale Emilia-Romagna		25	4	9
% riga		65,8	10,5	23,7

La "sanità" nei Piani... un primo sguardo

L'analisi degli indici dei Piani evidenzia inoltre la difficoltà di integrare completamente i contenuti programmatori relativi al sociale e quelli relativi alla sanità, aspetto che si tornerà a trattare approfonditamente nel capitolo 4. D'altra parte questa era la sfida più difficile proprio perché nuova. Una sfida

che richiede e richiederà sempre maggiori capacità di collaborazione tra amministratori, operatori, strutture gestionali. Gli schemi seguiti in precedenza dai Piani per la salute erano infatti molto diversi da quelli seguiti per i precedenti Piani di zona. La "fusione" dei due processi programmatori, e perciò il confronto fra gli operatori che per anni avevano coordinato tali processi nei due settori, è stato certamente uno degli aspetti più complessi dell'esperienza, anche perché ha richiesto soprattutto alla sanità un modo nuovo di aggregare i propri obiettivi nell'ambito degli obiettivi strategici socio-sanitari previsti dalla schema della tabella "1" (più simili invece agli schemi seguiti in passato dal sociale).

Le difficoltà incontrate sono testimoniate dal fatto che alcuni Piani hanno scelto di individuare alcuni obiettivi come "sanitari" nelle "tabelle 1", senza per questo rinunciare ad una integrazione tra interventi sociali e sanitari, e altri Piani hanno trattato questi temi in altre parti.

Per fare emergere i contenuti della programmazione sanitaria si è perciò provveduto ad analizzare non soltanto le tabelle "1", ma l'intero testo dei Piani.

2.4 Il target degli interventi: alcune riflessioni

Le "tabelle 1" prevedono uno specifico campo in cui indicare un target o più target a cui afferisce l'obiettivo in oggetto.

La programmazione "per target": fra continuità e discontinuità

La possibilità di indicare più target contemporaneamente, al di là del mero fatto formale di per sé di poco conto, ha rappresentato per la Regione una delle sfide per la nuova stagione programmatoria distrettuale integrata: infatti, così facendo, si è voluto dare la possibilità di "superare" la

stretta logica programmatoria – tipica del settore sociale – per specifici target di popolazione, logica che aveva dominato la passata stagione di programmazione sociale consolidatasi nei Piani di zona sociali fino al 2008.

Non va inoltre dimenticato che una delle novità più sostanziali della nuova programmazione distrettuale di ambito sociale e socio-sanitario rispetto alla passata stagione era costituita dalla possibilità di programmare avendo come riferimento finanziario il Fondo sociale locale e non più i singoli Programmi finalizzati che, come noto, richiedevano una programma-

zione per target "in senso stretto".

Il passaggio è stato innovativo ma non traumatico introducendo un nuovo modello di programmazione fondato sull'equilibrio tra "target", "trasversalità" e "flessibilità" delle programmazioni locali.

Il Fondo Sociale locale da un lato ha mantenuto una specifica attenzione ai target tradizionali (minori e famiglie, povertà ed esclusione sociale, immigrazione ecc..) attraverso la individuazione a livello regionale di percentuali minime di risorse da assegnare a ciascun target mediante la ripartizione ai singoli ambiti territoriali.

Ma per la prima volta il Fondo Sociale Locale era composto anche da una assegnazione di risorse "indistinta" che consentiva una programmazione di azioni trasversali e/o una maggiore flessibilità con le specificità dei bisogni territoriali. Come si può intuire da questi brevi accenni la sfida perciò andava oltre questioni formali, ma richiedeva ai territori – che, non si dimentichi, avevano tempi stretti di programmazione e molte novità sostanziali da implementare – un cambiamento sostanziale di visione programmatoria: da compartimentale ad integrata.

Nella consapevolezza che non è certo sufficiente uno strumento affinché le politiche si integrino, si è tuttavia voluto lasciare la possibilità ai territori – anche a partire dallo strumento – di avvicinare le prassi programmatiche fra settore sociale e socio-sanitario, giustamente rivolte a target specifici di popolazione – e altre politiche - sanitarie in primis, ma anche ambientali, della mobilità, urbanistiche - vocate a programmare interventi per tutta la popolazione.

Questo aspetto, quello dei destinatari delle politiche integrate, è certamente uno dei più importanti da considerare nella presente analisi ed è anche un aspetto sul quale si misurerà il reale impatto delle novità programmatiche promosse dalla Regione Emilia-Romagna per il triennio 2009-2011; è altrettanto certo che l'analisi documentale non può che suggerire parziali riflessioni e valutazioni sull'effettivo realizzarsi di politiche integrate. Ecco perché nei focus valutativi con gli Uffici di piano l'aspetto della "tenuta" della programmazione per target è stato ripreso e considerato. Di quanto emerso in quella sede si darà conto nel capitolo conclusivo del presente rapporto.

L'analisi condotta e riportata in dettaglio nell'Allegato 1 ha sollecitato alcune riflessioni che si sono poi confrontate in sede di focus group con gli Uffici di piano distrettuali.

In buona sostanza, l'analisi documentale delle scelte operate dai distretti ha posto in evidenza come l'individuazione degli obiettivi strategici di una programmazione distrettuale che si vuole ed è sempre più "integrata" renda in alcuni casi un po' limitata la logica programmatoria - tipicamente sociale - per target.

Ovviamente, l'affermazione che l'impostazione "per target" stia diventando un po' "stretta" non vuol dire che debba es-

Box 1 – Dall'analisi statistica delle "tabelle 1": il target (per approfondimenti, cfr. Parte II)

- Il tipo di utenza maggiormente indicato è quello degli immigrati (che compare nel 41% delle "tabelle 1") seguito da disabili, giovani e anziani (la differenza fra gli uni e gli altri è di pochi punti percentuali). Distanziati di oltre 2 punti percentuali gli altri due target: infanzia e adolescenza e famiglia. I tre target meno presenti sono dipendenze (34%); salute mentale (34.6%); povertà-esclusione sociale (36%). Il dato è complessivo per tutti i 38 distretti della Regione, ma vi sono significative differenze provinciali.
- Rispetto alle combinazioni di target, cioè alla compresenza nella "tabella 1" di più target indicati contemporaneamente: oltre la metà delle "tabelle 1" (54%) fa riferimento a più di un target contemporaneamente. Inoltre, il 20% delle "tabelle 1" (ben 135 casi) indicano obiettivi che fanno riferimento a tutti i target previsti cioè presumibilmente obiettivi rivolti a "tutta la cittadinanza". Questi i dati, considerando le complessive 676 "tabelle 1" dei 38 piani di zona; ma anche per questa variabile vi sono forti differenze fra Province e, entro una stessa provincia, fra i distretti.

sere superata la programmazione di interventi specifici rivolti ad una parte di popolazione emiliano - romagnola soprattutto in termini promozione di politiche di integrazione o di sostegno a particolari situazioni di disuguaglianza (si pensi ad esempio al tema della povertà o dell'integrazione sociale dei cittadini stranieri).

E in questa sede va ricordato come è importante finalizzare gli interventi a livello locale su alcune specifiche aree che altrimenti sarebbero difficilmente considerate come prioritarie nelle agende degli amministratori locali, soprattutto in alcune zone della Regione.

Probabilmente il tema strategico da esplorare – prima ancora a livello regionale e poi, a cascata, a livello locale – è come rendere la programmazione sempre più integrata tra politiche mirate per rispondere a specifiche forme di svantaggio, e politiche di qualificazione complessiva del sistema di welfare.

Analoghi ragionamenti si potrebbero fare per altre aree delle politiche sociali e socio-sanitarie. Forse il percorso promosso dal Fondo per la non autosufficienza che ha – per l'appunto – unificato due target tradizionalmente separati – anziani e disabili – potrà essere esteso anche ad altri ambiti: sostegno alla genitorialità e sostegno ad infanzia e adolescenza rappresentano altre aree in cui – ovviamente – i punti di contatto e di discriminazione sono sempre più sfumati, anche tenendo conto del fatto che oggi aiutare e sostenere la genitorialità appare essere la via maestra per aiutare e sostenere i bambini e gli adolescenti.

Uno dei rischi dell'unificazione dei target è che si perda di vista la realizzazione di alcune azioni considerate come prioritarie, soprattutto in tempo di crisi economica, ma importanti nel lungo periodo: ci si riferisce agli interventi di promozione dell'agio, del lavoro di comunità, tipicamente sociale, che aiutano a rinsaldare relazioni di auto e mutuo aiuto, solo per citare alcuni esempi. Ma anche a tal proposito non va dimenticato che molto è stato fatto dalla Regione in questi ultimi anni e pertanto si può sperare che alcuni obiettivi delle politiche più promozionali e meno riparative siano entrate nel lessico e nelle prassi degli interventi locali.

Almeno in alcuni settori delle politiche – quali la non autosufficienza o l'area famiglie e minori – interventi normativi “forti” sostengono e monitorano la realizzazione di questi interventi (ad esempio le DGR 509 e 1206 del 2007 e seguenti sul FRNA, la legge 14/2008 sulle giovani generazioni). Per la presente e per le future valutazioni del livello di integrazione delle politiche occorrerà verificare se i territori sono riusciti a dare corpo ad una nuova idea di programmazione integrata, i cui obiettivi si trovano così emblematicamente tracciati in un Piano di zona a proposito delle politiche giovanili:

“è necessario superare alcune visioni stereotipate che ci portano a distinguere in due grandi filoni gli interventi rivolti ai giovani: la promozione di stili di vita sani e la prevenzione del consumo di sostanze o di comportamenti a rischio, passando così dalle politiche riparative o redistributive ad un approccio che ricomponga in un'unica visione strategica i diversi ambiti e che meglio favorisca la messa in valore del capitale sociale del territorio e della cittadinanza attiva e favorisca la costruzione di connessioni, lo sviluppo delle reti, per rinsaldare un patto fra giovani e comunità, per sviluppare un'attività di prevenzione e di accompagnamento alla crescita, in un processo di integrazione con le politiche sociali e sanitarie. [...] Le fa-

milie e/o le figure genitoriali, talvolta evidenziano situazioni di affaticamento, solitudine, criticità, si trovano oggi maggiormente disorientate e in difficoltà a gestire le fasi della crescita dei loro figli, a sostenerne i processi educativi e le specifiche esigenze in presenza di comportamenti a rischio legati all'uso di sostanze e non solo (es. disturbi alimentari)”⁵.

2.5 L'esplicitazione delle finalità programmatiche: alcune riflessioni

Nella nuova struttura delle “tabelle 1” è stata inserita una sezione nella quale si chiedeva di descrivere, con riferimento all'obiettivo strategico triennale, la “finalità”⁶ articolate sulle tre macro-categorie della informazione/promozione, della prevenzione, della cura/assistenza.

Box 4 – Dall'analisi statistica delle “tabelle 1”: le finalità (per approfondimenti, cfr. Parte II)

- Tutte e tre le finalità sono state selezionate dai distretti all'incirca nella medesima misura; la Prevenzione è indicata quasi nel 60% delle tabelle 1, l'Informazione/sensibilizzazione quasi nel 55%, la Cura e l'assistenza quasi nel 51% dei casi.
- La maggior parte delle “tabelle 1” presenti nei piani fanno riferimento a più finalità contemporaneamente. La finalità Cura e assistenza, rispetto alle altre 2 è più frequentemente indicata da sola. Prevenzione insieme a Informazione/sensibilizzazione sono più frequentemente associate.
- Entrambe le analisi mostrano assai significative differenze a livello provinciale e distrettuale.
- Analizzando l'associazione fra finalità e target pare esserci una relazione più frequente fra la Prevenzione e i seguenti target: famiglie, infanzia e adolescenza, giovani. Cura e assistenza compaiono in maniera più marcata associati al target disabili e salute e in misura minore ad anziani. Infine, Informazione/sensibilizzazione è più di frequente associata al target giovani o a immigrati stranieri.

Anche con riferimento a questa dimensione, come per i target, nella redazione delle “tabelle 1” del Piano di zona triennale è prevista la possibilità di selezionare contemporaneamente più di una delle tre categorie previste dallo schema regionale. L'analisi è stata tesa a quantificare le frequenze con cui sono state segnalate contemporaneamente più macro-finalità e sullo studio delle possibili combinazioni che sono state selezionate in sede di compilazione. Quello che emerge è che, almeno a livello di intenti e sulla carta, sembra ormai passata l'idea che il complesso di obiettivi strategici della programmazione integrata si ponga una finalità plurima, non più e non solo “riparativa” ascrivibile alla finalità “Cura e Assistenza”, ma anche promozionale e, più in generale, di sensibilizzazione culturale. Quantomeno la dichiarazione di tali intenti fa ormai parte del lessico e del patrimonio culturale comune nella maggioranza dei distretti.

Si tratta però di capire quanto il sistema dei servizi riuscirà a tenere fermi obiettivi di carattere promozionale, di informazione e di sensibilizzazione a fronte di un aumento della pressione sui servizi sociali e socio-sanitari causata anche dall'inaspriarsi della crisi economica e, di conseguenza, delle

⁵ Cfr. Piano di zona 2009-2011 del distretto di Reggio Emilia.

⁶ “Finalità” è la voce prevista dalla struttura della “tabella 1”; in questa sede si riprende dunque questo termine, ma si vuole precisare che si tratta

di una voce a sé stante rispetto agli “obiettivi strategici”, indicati in un altro specifico campo delle “tabelle 1” e, in questo Report, trattati in altra sede (cfr. cap. 3).

problematiche che investono e investiranno sempre più i cittadini e che imporranno ai servizi risposte emergenziali che per loro stessa natura afferiscono all'area della cura e dell'assistenza.

2.6 L'integrazione gestionale/professionale: alcune riflessioni

Nello schema previsto per la redazione delle "tabelle 1" da inserire nei Piani distrettuali 2009-2011 è presente un campo in cui si chiede di indicare, inserendo una semplice crocetta, la presenza di forme di integrazione gestionale e/o professionale, eventualmente specificando in quali forme e modalità esse si concretizzano.

Si fa essenzialmente riferimento a forme di integrazione quali: accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipad in Asp⁷.

Box 5 – Dall'analisi statistica delle "tabelle 1": l'integrazione gestionale/professionale (per approfondimenti, cfr. Parte II)

- A livello regionale, circa 4 tabelle su 10 indicano l'integrazione gestionale/professionale, cioè a dire, segnalano esplicitamente che l'obiettivo della programmazione richiede/implica tale integrazione. Il dato è molto variabile da provincia a provincia.

In che cosa si sostanzia l'integrazione: le specifiche dei distretti

La compilazione dello schema della "tabella 1" prevede la possibilità di descrivere con quali forme e modalità si concretizzi effettivamente l'integrazione enunciata: l'analisi ha evidenziato che solo in 76 casi su 253 le tabelle hanno riportato questo tipo di integrazione.

La lettura di quanto esplicitato in merito dai Piani distrettuali può comunque essere utile per farsi una prima idea di come effettivamente sia stata intesa questa forma di integrazione.

L'analisi di quanto indicato nelle "tabelle 1" mostra un evidente richiamo a quanto esplicitato nello stesso schema regionale della tabella, per cui risultano frequenti i rimandi a:

- formazione professionale per i diversi tipi di operatori che si occupano di specifiche situazioni (come, ad esempio, gli anziani non autosufficienti);
- accesso integrato ai servizi;
- integrazione fra sportelli (ad esempio, in alcuni casi si specifica: integrazione fra lo sportello sociale e lo sportello immigrati);
- presa in carico integrata, ad esempio tramite l'individuazione di percorsi, criteri e strumenti comuni di valutazione e presa in carico;
- funzionamento dell'unità di valutazione multiprofessionale;
- lavoro di équipe inter-istituzionale, dunque con il coinvolgimento di soggetti appartenenti ad enti e istituzioni differenti;
- uniformazione dei criteri e delle modalità di accesso dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, in termini di regolamenti,

tariffe, standard minimi di accesso, ecc.;

- potenziamento dell'approccio metodologico di rete attraverso l'elaborazione di specifici protocolli d'intesa tra servizi pubblici e pubblico-privati per la progettazione di interventi integrati in materia di contrasto alla povertà ed inclusione sociale⁸.

I casi in cui i territori hanno "qualificato" maggiormente l'integrazione gestionale e professionale – pur minoritari – connotano quest'ultima proprio come "strumentale" alla realizzazione di lavoro integrato di rete ed esplicitano in modo sintetico quanto poi espresso nell'obiettivo strategico corrispondente.

L'integrazione gestionale/professionale si configura come la necessità di implementare, rafforzare e supportare proprio quegli strumenti che facilitano l'unitarietà degli interventi e, per certi aspetti, consentono una maggiore appropriatezza degli stessi. In particolare, la presa in carico multiprofessionale, l'armonizzazione di criteri e "porte" di accesso, gli strumenti per la valutazione congiunta della condizione della persona, gli accordi istituzionali fra servizi diversi.

In estrema sintesi, si propongono come obiettivi proprio quegli strumenti fondamentali (e tutti prescritti dalla normativa) per dare concretezza ad un sistema di servizi di welfare il più possibile equo, accessibile, sostenibile.

2.7 L'integrazione con le altre politiche: alcune riflessioni

Lo schema regionale delle "tabelle 1" attribuiva rilevanza anche ad un'altra forma di integrazione: quella con le "altre politiche", intese come quelle diverse dalle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie e, dunque, più precisamente:

- Ambiente,
- Politiche abitative,
- Mobilità,
- Inserimento lavoro di persone svantaggiate,
- Formazione e scuola,
- Sicurezza e coesione sociale,
- Categoria residuale "Altro".

Box 6 – Dall'analisi statistica delle "tabelle 1": l'integrazione con le altre politiche (per approfondimenti, cfr. Parte 2)

- Considerando le 676 "tabelle 1" l'integrazione con un'altra politica (non strettamente sociale, sanitaria, socio-sanitaria, è indicata nel 59% dei casi, sebbene con forti differenze a livello provinciale).
- Le politiche oggetto di integrazione "più richiamate" sono quelle Formative e scolastiche (indicate in oltre 20% di tabelle), quelle abitative (in poco più del 19% dei casi). Seguono le politiche per la mobilità, quelle per la sicurezza e la coesione sociale. Ultime, distanziate di diversi punti percentuali, le politiche ambientali e relative all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.
- Rispetto alle "combinazioni di politiche": si rileva un primo gruppo, più diffuso, che vede insieme alle politiche socio-sanitarie quelle delle mobilità, dell'urbanistica, cui talvolta si affiancano anche le politiche ambientali; con una certa frequenza si associano le politiche formative, della sicurezza e coesione sociale ed, in alcuni casi, anche quelle per l'inserimento lavorativo di soggetto svantaggiati.

⁷ Si tratta di quanto indicato come spiegazione ed esemplificazione nella "tabella 1".

⁸ Quanto qui riportato riprende singole diciture inserite nell'apposito campo delle "tabelle 1" inserite nei Piani distrettuali triennali 2009-2011.

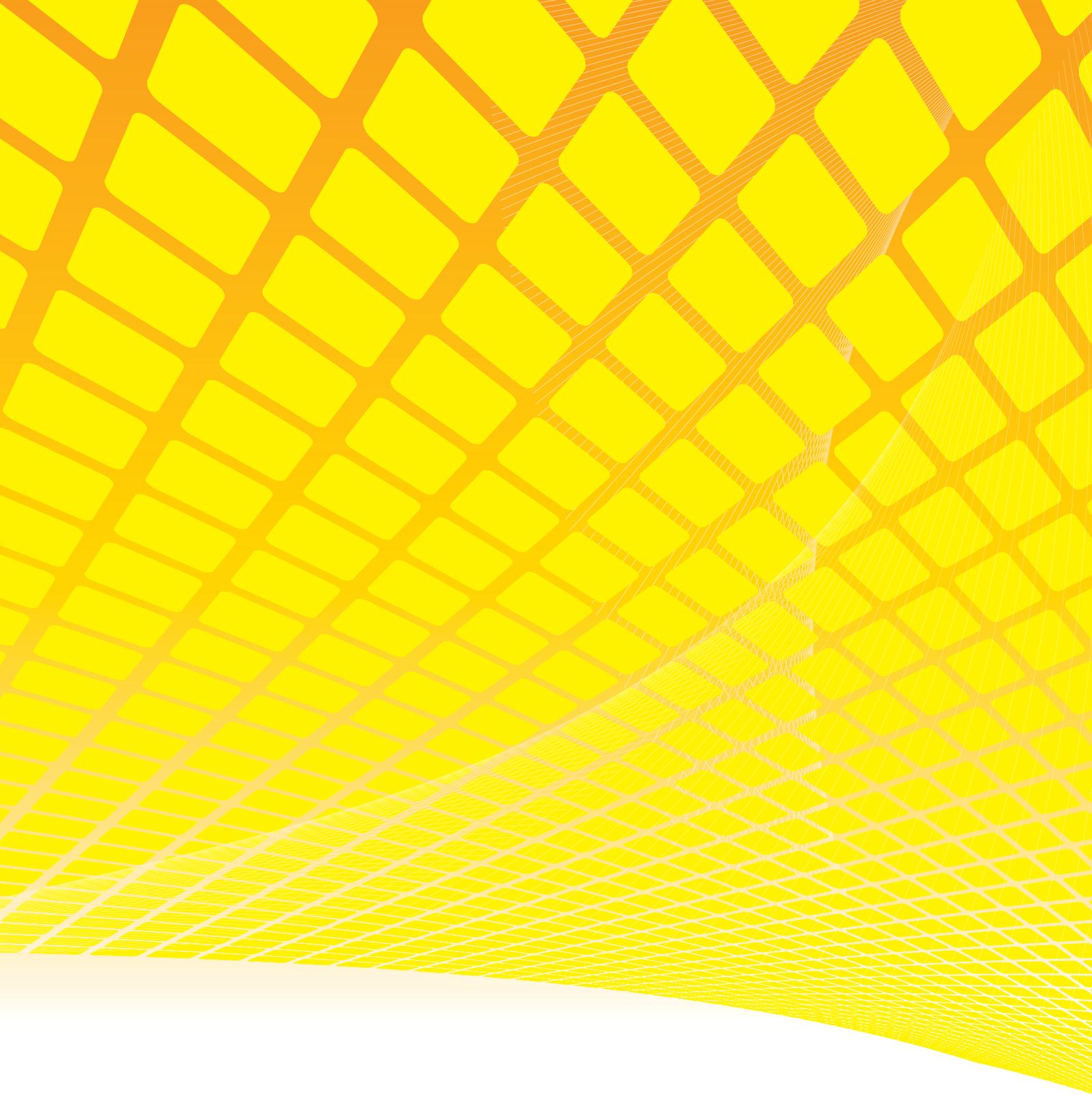
È noto che la questione dell'integrazione con le altre politiche ha rappresentato una delle sfide più importanti della nuova programmazione locale, lanciata in primis dal livello regionale e ripresa al livello "intermedio" nei processi che hanno portato all'elaborazione dell'Atto di indirizzo e del Profilo di comunità.

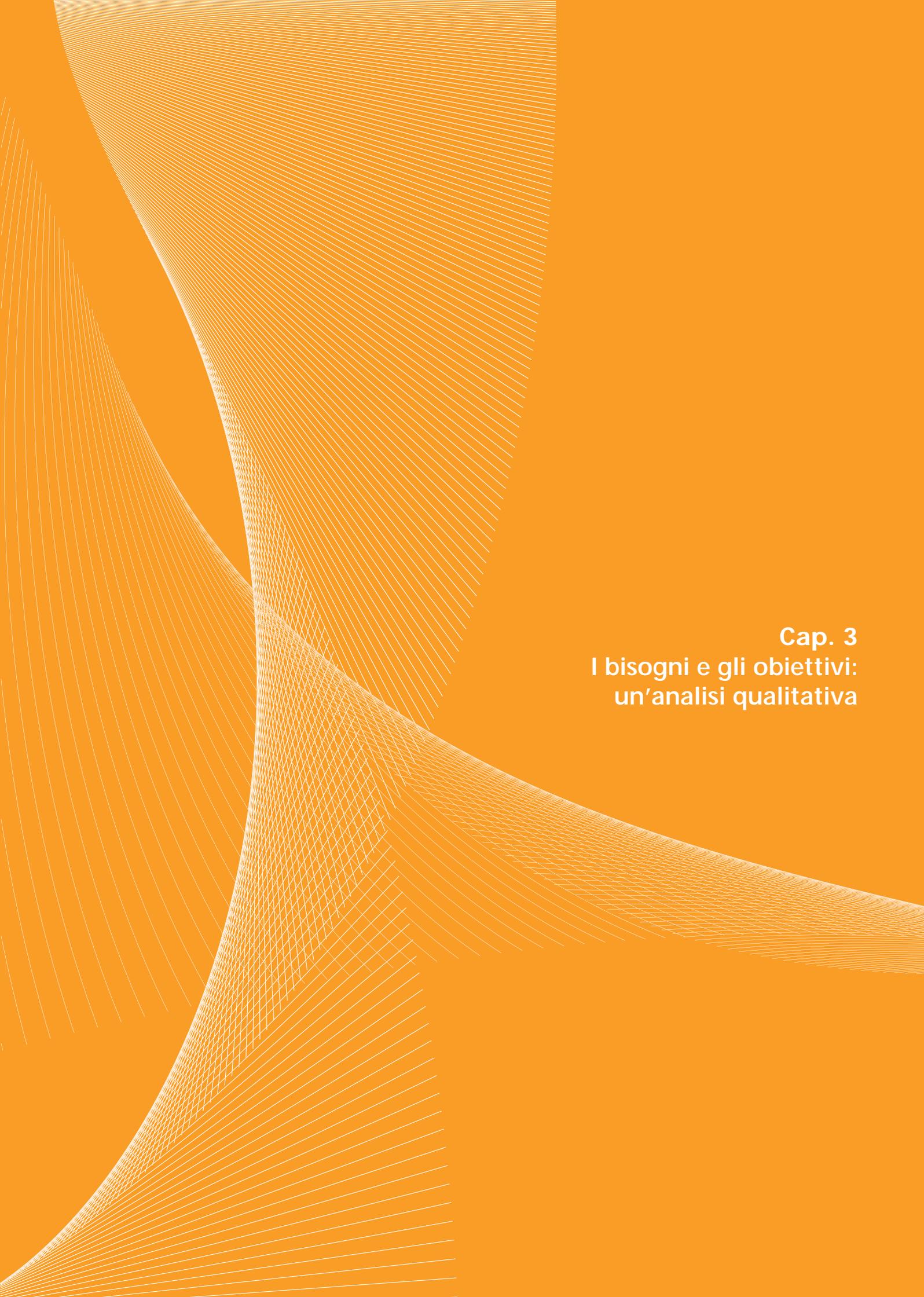
È proprio il fatto di avere focalizzato l'analisi dei bisogni di una comunità intera ad avere come conseguenza che determinati bisogni, trasversali a tutta la popolazione, richiedano interventi integrati, agiti pertanto da un'amministrazione pubblica nel senso più ampio del termine.

Indubbiamente questa è una questione nodale che, come si avrà modo di riprendere nel capitolo conclusivo della presente analisi, ha rappresentato anche per i distretti un obiettivo importante. Dalla lettura degli atti ed anche dal confronto sui processi realizzati a livello locale per condividere i contenuti della programmazione traspare chiaramente la consapevolezza che è necessario sempre più coinvolgere tutti i settori dell'amministrazione pubblica.

Nei documenti di Piano analizzati emerge infatti che tutti i territori hanno fatto lo sforzo non solo di citare altre politiche coinvolte per la realizzazione di un obiettivo comune di benessere (come si è visto, barrando la casella corrispondente), ma anche di pensare ad obiettivi di benessere complessivo (o di tutti i cittadini o di cittadini in particolari condizioni di fragilità) la cui realizzazione richiede necessariamente il concorso di più settori di una amministrazione, in altre parole, di più assessorati.

Forse vale la pena ricordare, soprattutto per il settore sociale, quanto questo percorso inizi sin dai primi piani sociali di zona sperimentali del 2002: in quei piani ed anche nei successivi, ad esempio, era più raro trovare nella pianificazione triennale riferimenti ai servizi educativi. Oggi questo scoglio è stato quasi totalmente superato ed è entrato ormai nella prassi programmatoria comune il coinvolgimento di tali servizi. Probabilmente, la strada da fare è ancora lunga, ma la direzione è senz'altro corretta.





Cap. 3
I bisogni e gli obiettivi:
un'analisi qualitativa

Cap. 3 I bisogni e gli obiettivi: un'analisi qualitativa

3.1 Una premessa di metodo

Nel presente capitolo si propone un'analisi di quanto indicato dai territori nelle "tabelle 1" entro le caselle "bisogni emergenti" e "obiettivi prioritari".

Stralcio da "tabella 1" dei Piani distrettuali triennali 2009-2011 [...]

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale
[...]
Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali
[...]

Si tratta di un'analisi di tipo prevalentemente qualitativo e contenutistico: si è ritenuto infatti significativo tentare di descrivere i bisogni evidenziati dai territori e, connessi a questi, gli obiettivi individuati per la programmazione triennale per proporre alla riflessione comune (sia di livello regionale che di livello locale) anche i contenuti stessi della programmazione. L'oggetto di analisi è, ancora una volta, la "tabella 1" dei Piani distrettuali⁹. Una premessa di ordine metodologico è tuttavia necessaria: i territori, nella loro programmazione locale, hanno utilizzato modalità molto diverse di presentare bisogni e obiettivi e ciò rende assai arduo una loro codifica rigida e conseguentemente un'analisi quantitativa.

La diversità sta nella "forma" (chi più sintetico, chi meno), nel significato attribuito agli stessi "bisogni" (chi ha indicato dati e trend di tipo socio-demografico, chi invece ha evidenziato da subito la problematica, il bisogno cui dare risposta, chi talvolta ha individuato un bisogno, ad esempio dei servizi, che difficilmente si distingue dallo stesso obiettivo¹⁰) e agli obiettivi (chi ha inteso l'obiettivo in modo estremamente generico, chi ha proposto vere e proprie azioni da implementare, chi ancora ha addirittura indicato pezzi di progetti, individuando in tal modo la modalità di rispondere all'obiettivo e rendendolo pertanto implicito). Inoltre, all'interno della stessa "tabella 1" riferiti ad uno o più target si potevano trovare numerosi bisogni e obiettivi diversi.

Non si tratta di individuare quale "stile" sia più o meno appropriato, occorre tuttavia tenere conto di questo aspetto che spiega il tipo di lettura che si propone di seguito, cioè una lettura di tipo qualitativo che si avvale dell'individuazione di alcune tipologie di bisogni e obiettivi. Per non perdere tuttavia la ricchezza e la varietà di contenuti che emergono dalla lettura di quasi 700 schede, si dà conto di volta in volta di contenuti ritenuti significativi, senza nessuna pretesa di esaustività, ma a titolo di esempio.

Ed inoltre, si ritiene anche interessante cogliere e dare conto dello "sforzo" compiuto dai territori di leggere e interpretare la realtà proponendo soluzioni programmatiche adeguate.

A tal proposito, la descrizione e l'interpretazione qui proposta si connette strettamente a quella presentata nel capitolo

successivo di 'omogeneità/coerenza' fra bisogni e obiettivi individuati. In tal modo, pur nella limitatezza intrinseca di un'analisi documentale, si riescono ad acquisire elementi che possono essere utili per una valutazione più complessiva degli stili programmatori agiti a livello locale in questa nuova stagione programmatica integrata.

3.2 La "lente" di osservazione: un criterio di lettura

Data la corposità del materiale in oggetto (si tratta di migliaia di pagine) e soprattutto l'eterogeneità degli stili cui sopra si è appena accennato si propone – a mero scopo orientativo – una lettura di bisogni e obiettivi per target singoli e per alcune loro combinazioni. In particolare, si analizzano bisogni ed obiettivi così come individuati nelle "tabelle 1" dei Piani distrettuali entro le prime 15 combinazioni di target, in ragione della significatività della ricorrenza delle combinazioni stesse. In termini concreti, si analizzano i contenuti di quasi 500 schede su 676, ma si ritiene comunque significativa l'analisi contenutistica svolta (si veda l'analisi dettagliata presentata nella Parte 2). A tal proposito è importante sottolineare che, nella descrizione, riportata di seguito, dei bisogni e degli obiettivi secondo le prime 15 combinazioni di target, alcuni ambiti distrettuali potranno essere citati poco o solo marginalmente. Ciò ovviamente nasce dal fatto che vengono esemplificate le scelte dei territori che si collocano all'interno delle prime 15 combinazioni. Si tratta quindi esclusivamente di una scelta metodologica e non sottende nessun intento valutativo o di valorizzazione dell'operato di un territorio rispetto agli altri.

Tabella 1 - Prime 15 combinazioni di target indicate nelle "tabelle 1" in ordine decrescente a livello regionale

Combinazioni target	Emilia-Romagna	
	v.a.	%a
Tutti 9 target indicati	135	20,0
Anziani	64	9,5
Disabili	49	7,2
Immigrati	42	6,2
Povertà ed esclusione	33	4,9
Giovani	27	4,0
Salute mentale	26	3,8
Responsabilità familiari + Infanzia/adolescenza	24	3,6
Anziani + Disabili	20	3,0
Responsabilità familiari	20	3,0
Dipendenze	17	2,5
Infanzia/adolescenza	16	2,4
Giovani + dipendenze	10	1,5
Resp.familiari + Infanzia/adolesc. + Giovani + Immigr.	8	1,2

Note:

Sono evidenziati a fondo grigio i multi-target (almeno 2 diversi target indicati)
a: Valori percentuali calcolati sul totale delle 648 "tabelle 1" prese in esame nell'analisi.

⁹ Si è inoltre avuto cura di rintracciare questi contenuti – bisogni e obiettivi – anche nelle altre parti del documento: alcune volte, infatti, i territori hanno riportato tali contenuti nelle premesse alle "tabelle 1" stesse. Questa modalità è stata rintracciata, ad esempio, nei distretti di: Piacenza ponente, Piacenza urbano, Castelnuovo nei monti (RE), Guastalla (RE), Faenza

(RA), Ravenna, Mirandola (MO), Vignola (MO), Modena, Bologna città, Piacenza Ovest (BO), San Lazzaro di Savena (BO).

¹⁰ Su questo specifico tema, cioè l'identificazione e la distinzione fra bisogni e obiettivi si ritorna nelle conclusioni del presente rapporto.

La lettura della comunità: una proposta classificatoria

Nonostante le diversità cui sopra si è accennato sembra possibile rintracciare alcune "categorie" di bisogni e obiettivi utili per "ordinare" questi contenuti così articolati ed eterogenei. Per quanto riguarda i "bisogni", questi possono essere raggruppati in alcune categorie concettuali ricorrenti.

In altre parole, quanto ricorre nelle "tabelle 1" dei Piani distrettuali entro la casella "bisogni" può assumere le seguenti caratterizzazioni:

- bisogni/domanda della popolazione target: riguardano bisogni legati direttamente alla popolazione target e desunti da chi propone il servizio/intervento oppure bisogni legati ad una domanda direttamente espressa dalla popolazione target;
- bisogni/domanda della comunità: in questo caso si valuta che il target di bisogno sia l'intera comunità, la cittadinanza;
- bisogni dei servizi/interventi: è il caso in cui si valuta necessario un rafforzamento/implementazione del servizio, oppure addirittura di creazione ex novo in una determinata area. Non va dimenticato che il bisogno rilevato è comunque relativo alla popolazione target, per rispondere al quale, è necessaria una 'reazione' dei servizi;
- bisogni relativi alla rete: riguardano bisogni legati al "fare rete", al creare raccordi operativi, ad integrare i servizi da un punto di vista dei processi o delle professionalità, ecc.
- bisogni legati alla formazione/informazione delle risorse umane, del pubblico e/o del privato sociale.

Gli obiettivi della programmazione: una proposta classificatoria

Analogo criterio di lettura dei contenuti programmatori può essere operato per gli obiettivi indicati nelle "tabelle 1" dei Piani distrettuali:

- obiettivi legati a bisogni/domanda della popolazione target: riguardano direttamente la popolazione target, sono desunti da chi propone il servizio/intervento oppure sono obiettivi legati ad una domanda direttamente espressa dalla popolazione target;
- obiettivi legati a bisogni/domanda della comunità: è il medesimo caso sopra descritto, ma il target è l'intera comunità, la cittadinanza;
- obiettivi legati ai servizi/interventi: riguardano lo sviluppo, il completamento, l'implementazione, la creazione ex-novo di servizi ed interventi in una determinata area direttamente rivolti ad un target (si può trattare di potenziamento, sviluppo, implementazione, consolidamento, oppure anche sperimentazione/innovazione);
- obiettivi legati alla rete inter-intra istituzionale: creare raccordi operativi tra servizi diversi, integrare i servizi da un punto di vista dei processi o delle professionalità, fare progettazione integrata, costituire tavoli, sviluppare o potenziare reti esistenti, stipulare protocolli e accordi;
- obiettivi legati all'organizzazione del sistema dei servizi: riguardano lo sviluppo, completamento, implementazione, creazione ex novo di strumenti e modalità organizzative in una determinata area non direttamente rivolti ad un target, ma strumentali per realizzare interventi e servizi su quel tar-

get. In altri termini: come ci si organizza/ci si deve organizzare per fornire un servizio;

- obiettivi legati all'area risorse umane: riguardano l'aumento/riqualificazione delle risorse umane presenti in un'area/servizio/intervento;
- obiettivi legati alla formazione/informazione degli operatori e soggetti della rete: riguardano l'aumento delle competenze e delle conoscenze degli operatori del pubblico e/o del privato sociale.

In estrema sintesi, si propone una lettura qualitativa di bisogni e obiettivi come segue:

- per singoli target: Anziani, Disabili, Immigrati, Povertà ed esclusione, Salute mentale, Giovani, Responsabilità familiari, Dipendenze, Infanzia/adolescenza;
- per target combinati (multi target): Responsabilità familiari + Infanzia/adolescenza, Anziani + Disabili, Giovani + dipendenze, Responsabilità familiari + Infanzia/adolescenza + Giovani + Immigrati.
- per l'intera cittadinanza: tutti i target. (le ragioni della lettura per target e combinazioni sono indicate nel capitolo 3 del presente rapporto).

3.3 Area Responsabilità famigliari

N° Distretti interessati: 15

Distretti: Piacenza, Ponente (PC); Guastalla, Correggio (RE); Carpi, Mirandola, Modena (MO); Imola, Pianura Ovest (BO); Centro Nord (FE); Ravenna (RA); Cesena Savio, Rubicone Costa (FC); Rimini (RN)

N° "tabelle 1" in cui è stato selezionato solo questo target : 20

3.3.1 Tipologie di bisogni prevalenti

Entro il target relativo alle responsabilità famigliari ricorrono più frequentemente bisogni di cui è portatrice la popolazione target e gli stessi servizi. Assume una certa rilevanza anche la necessità di "fare rete", di integrazione fra servizi diversi dal punto di vista dei processi e delle professionalità, di creare raccordi operativi.

In generale, ricorre nella enunciazione dei bisogni prioritari in questa area l'evidenziazione delle difficoltà delle famiglie di oggi, della loro crescente fragilità.

I bisogni della famiglia, soggetto a rischio di fragilità in tutte le fasi del suo ciclo di vita

Tale fragilità è data da una pluralità di cause diverse e attraversa la famiglia nei vari momenti del suo ciclo vitale: nel suo "farsi", cioè nel momento in cui nascono i figli, nel suo "svolgersi" quotidiano, nel suo "disgregarsi" – eventualità rilevata in molti distretti come crescente.

Tutte queste fasi possono essere più o meno complesse: un aspetto che ritorna nell'analisi dei bisogni presentata dai distretti esaminati è certamente che la famiglia ha sempre più bisogno di essere assistita da servizi integrati in tutte le fasi del suo ciclo di vita, anche se con gradi di intensità diversi e per problematiche che hanno forme e impatti diversi soprattutto su bambini e adolescenti.

La struttura delle famiglie (famiglie nucleari con un numero sempre minore di componenti, famiglie monogenitoriali), la scarsa presenza di reti parentali (il territorio regionale è meta di molte famiglie provenienti dal Sud del Paese o da altri Paesi), le difficoltà della vita quotidiana rispetto alla suddivi-

sione dei ruoli all'interno della coppia genitoriale – a scapito della donna – la difficoltà a conciliare tempi di vita e lavoro, sono ulteriori aspetti che nella quotidianità di un sempre maggiore numero di famiglie incidono andando ad aggravare la capacità di assolvere alle funzioni educative e di cura. Emblematico il caso del distretto di Modena che, a proposito del ruolo della donna e del suo carico entro l'organizzazione familiare, cita i dati di una indagine locale del 2006: metà delle donne modenesi risulta impegnata nell'accudire bambini al di sotto dei 6 anni, anziani o disabili con un impiego orario giornaliero che per la maggioranza è tra le 4 e le 8 ore giornaliere.

Anche la famiglia nel suo "disgregarsi" interroga i servizi e sollecita la necessità di sostenere i genitori separati, o in procinto di separazione, o già divorziati (il distretto di Modena cita il quoziente di separazione in Emilia-Romagna: 289,6 su 100.000 coppie coniugate).

Vengono poi considerate ulteriori situazioni problematiche che possono investire la figura genitoriale: avere figli disabili, essere mamme sole, o genitori con problematiche di dipendenza, puerpere o neo-mamme con particolari difficoltà di accudimento. Problematiche ben diverse fra loro, ma tutte coinvolgenti i servizi a vari livelli nel trovare soluzioni specifiche ed appropriate.

Ma le famiglie possono anche avere carenze di tipo socio-economico e relazionale, come si diceva: per quanto riguarda i bisogni dovuti a situazioni di privazione o povertà alcuni distretti rilevano le nuove necessità di sostegno economico dovute proprio all'acuirsi della crisi economica mondiale (ad esempio, il distretto di Ravenna, Rubicone Costa, Cesena-Savio, ecc.).

Gli aspetti sopra delineati, peraltro ben noti, sono evidenziati seppure con diverse sottolineature ed accenti da una pluralità di distretti.

Qualche distretto si sofferma anche sugli aspetti educativi e relazionali che hanno a che fare con l'esercizio della funzione genitoriale aspetti che se sostenuti in una logica preventiva possono poi ridurre i rischi di scivolamenti in situazioni di disagio più grave: viene pertanto evidenziata la necessità di ri-condividere il rispetto delle regole comuni, prima fra adulti e genitori e

poi con i bambini: rafforzare e sostenere il dialogo e il confronto fra famiglie e fra queste e i servizi, soprattutto per quelle famiglie più deprivate (famiglie straniere, famiglie povere) o con progressive difficoltà relazionali che rischiano di compromettere i rapporti tra genitori e figli è ritenuta una necessità prioritaria.

In generale, si percepisce in modo diffuso dalla lettura dei bisogni in questa area un aumento del disagio nell'esercizio della genitorialità, disagio che può assumere anche toni estremamente gravi, in primis per bambini e adolescenti (6 distretti su 15 fanno esplicito riferimento a queste problematiche).

Per un numero sempre crescente di famiglie, purtroppo, le problematiche della quotidianità sono sempre più gravi e difficili da sostenere e questo aspetto viene rilevato dalla quasi totalità dei distretti. Gli esiti di tale drammatica situazione si vedono nell'aumento diffuso delle prese in carico dei minori già esaminate anche a livello provinciale entro i Profili di comunità. I casi di violenza intrafamiliare nei con-

fronti delle donne, di abuso e maltrattamento sono in più di un distretto citati come fra i bisogni emergenti cui dare risposta. Il distretto Ponente (Piacenza), ad esempio, cita i dati rilevati presso il Pronto soccorso nella Provincia di Piacenza: il 63% delle donne che vi hanno fatto ricorso - in totale 436 nel 2008 - ha subito violenza in ambito familiare dal marito/compagno.

...quando la famiglia è risorsa...

Quando la famiglia, fortunatamente, diviene risorsa sociale preziosa per bambini ed adolescenti e per la comunità intera, ecco allora che di essa vanno sostenute a maggior ragione esigenze e necessità: è il caso delle famiglie affidatarie di cui occorre monitorare i percorsi, ascoltare e sostenere

le esigenze (particolare enfasi su questo tema è data dai distretti Ponente - PC - e Guastalla - RE).

Rispetto a questi bisogni dovuti al mutare delle esigenze della popolazione target di riferimento quali necessità - se non vere e proprie urgenze - ricorrono allora sul versante dell'offerta, in termini di servizi/interventi da consolidare/implementare? Non si può non evidenziare che quanto segue può essere interpretato come "obiettivo" del sistema dei servizi. Tuttavia in questa sede si mantiene la collocazione dei contenuti così come i distretti l'hanno predisposta.

...i bisogni dei servizi: sostegno alla genitorialità a 360°

Azioni di promozione di una genitorialità diffusa e consapevole sono la risposta ricorrente, declinata tuttavia in modalità molteplici: promozione dell'affido, interventi per la conciliazione di tempi di vita e di lavoro, mediazione familiare, sostegni specifici a genitori di figli disabili, supporto a

situazioni di fragilità materna conclamata, azioni volte a diminuire la conflittualità familiare, sostegno alle reti parentali e amicali a fronte della riduzione progressiva dei componenti della famiglia stessa.

A fare da collante e da filo rosso rispetto ai bisogni del sistema dei servizi ricorre un elemento: la necessità di fare rete fra istituzioni diverse che si occupano di famiglie e minori, a cominciare dai servizi sociali con quelli sanitari ed educativi e con l'istituzione scolastica.

...rete, rete, rete: di prassi, di accessi, di sapere

Altre volte si evidenzia la necessità di integrare progetti diversi rivolti a target simili, ad esempio gli adolescenti. Spesso si fa esplicito riferimento all'importanza dei servizi sociali di integrarsi con i servizi sanitari:

l'integrazione viene presentata come

l'unica strada per favorire il miglioramento dei livelli di efficacia degli interventi di accoglienza e tutela dei minori (è il caso del distretto sud-est del parmense); integrazione fra servizi significa individuazione di metodi e stili comuni di lavoro fra istituzioni diverse. È il caso del distretto di Carpi che evidenzia l'esigenza di linee guida condivise in tema di valutazione e inquadramento diagnostico. Il distretto enuclea i vari soggetti della rete integrata che andrebbero attivati: il servizio di Neuropsichiatria infantile, di Psicologia, di Salute mentale adulti, i Consultori familiari, la Pediatria di comunità, la Clinica pediatrica, la Clinica ostetrica e ginecologia. Questo lungo elenco rende evidente la complessità delle implicazioni di una reale inte-

...maggiori sostegni alla genitorialità

...quando la violenza si "incontra" in famiglia

gravi e difficili da sostenere e questo aspetto viene rilevato dalla quasi totalità dei distretti. Gli esiti di tale drammatica situazione si vedono nell'aumento diffuso delle prese in carico dei minori già esaminate anche a livello provinciale entro i Profili di comunità. I casi di violenza intrafamiliare nei con-

grazione socio-sanitaria. Un altro elemento che talvolta viene indicato come bisogno ha a che fare con il tema dell'accesso da parte delle famiglie al sistema dei servizi (minori o infanzia): attraverso una adeguata informazione ed orientamento sulle procedure per specifici servizi (minori o educativi) oppure, in una logica più integrata, favorire l'accesso attraverso il rafforzamento e il coordinamento dei punti e degli strumenti informativi su vari servizi, relativi a infanzia, famiglia, donna, nascita, attraverso l'istituzione di uno Sportello famiglia.

Infine, merita evidenziare che nella casella dei bisogni più volte ricorrono bisogni di tipo sanitario, espressi dalla popolazione target di riferimento. Evidentemente la corrente stagione programmatica ha inaugurato un nuovo stile ed ha effettivamente avvicinato i due ambiti sociale e sanitario, almeno su un piano di definizione dei bisogni da cui partire per programmare politiche locali. Emblematico a tal proposito il distretto di Piacenza che nella disamina dei bisogni indica la scarsa conoscenza, accessibilità e fruibilità di mezzi contraccettivi, l'emergenza di specifiche problematiche quali i disturbi del comportamento e i disturbi alimentari e l'ancora bassa incidenza dell'allattamento al seno rispetto agli standard indicati dall'Oms.

3.3.2 Tipologie di obiettivi prevalenti

Gli obiettivi riportati in questa area, coerentemente con quanto esplicitato per i bisogni, sono in prevalenza legati a servizi/interventi, ai bisogni della popolazione target, alla rete inter-intra istituzionale.

Un così ampio ventaglio di necessità che investe la famiglia di oggi non può che tradursi in una pluralità di obiettivi della programmazione.

Molto di frequente si parla di "promozione" associata allo "sviluppo", quasi a sottolineare che in effetti nel territorio regionale ci sia già una rete di servizi a sostegno della genitorialità o anche dinanzi a fenomeni di semplice disorientamento nella ridefinizione di un ruolo genitoriale, come sembra essere quello attuale (anche tenendo conto di quanto rilevato a proposito dei bisogni).

Se la famiglia presenta tratti di crisi nelle sue funzioni genitoriali, uno fra gli obiettivi più ricorrenti è proprio il sostegno alla genitorialità nelle sue varie sfaccettature.

Il sostegno alla fragilità genitoriale può essere perseguito attraverso una molteplicità di obiettivi: l'istituzione di Centri per le famiglie o comunque l'allargamento della rete dei Centri per le famiglie (è il caso del distretto di Ponente -PC, ma anche dei distretti di Ferrara Centro Nord, Rubicone Costa -FC); specifici sostegni all'accesso al lavoro per le famiglie in difficoltà (è il caso del distretto di Guastalla - RE); la promozione della mediazione nella conflittualità a seguito di separazione; gruppi di mutuo aiuto tra genitori per rafforzare le capacità genitoriali, di banche del tempo o, ancora, counselling familiare (si ritrovano questi aspetti nei distretti di Mirandola - MO, di Ravenna, di Rimini); l'attivazione entro i servizi sociosanitari di gruppi a valenza terapeutica con utenti che presentano varie tipologie di disagio nell'area della genitorialità (è il caso del distretto di Imola - BO); servizi e interventi di consulenza, ascolto e orientamento anche in chiave multiculturale o con particolare attenzione alle famiglie disabili (è il caso del distretto di Pianura Ovest - BO).

Sostegno alla vera e propria incapacità genitoriale: rientrano fra questi obiettivi tutti quelli che hanno a che fare con il contrasto all'abuso, alla violenza, al maltrattamento entro

la famiglia. Questo aspetto è toccato con diversi accenti dalla quasi totalità dei distretti. Un obiettivo più volte ricorrente rispetto a questo grave problema è quello di "fare rete" attraverso protocolli operativi, programmi integrati di intervento fra una pluralità di istituzioni diverse (sociali, sanitarie, scolastiche, educative), di sensibilizzare l'intero territorio in tema di violenza.

Sostegno alla famiglia in difficoltà strutturali, principalmente economiche: molti distretti considerano questo tipo di obiettivo. Il sostegno alle famiglie con difficoltà strutturali può passare attraverso: risorse economiche compensative per dedicarsi alle cure del bambino nel primo anno di vita (è il caso del distretto di Rimini); il consolidamento di forme di sostegno economico alla genitorialità e alle famiglie in situazione di disagio socio-economico, attraverso benefici per il diritto allo studio (mensa, trasporti) per facilitare l'accesso e la frequenza scolastica (è l'esplicito riferimento del distretto di Carpi - MO -o Cesena Savio - FC o Rubicone Costa - FC). L'aiuto alla famiglia passa anche attraverso il consolidamento di politiche abitative di sostegno al caro affitti soprattutto se in situazioni di carenza o perdita del lavoro, come evidenziato nel distretto di Modena o di Imola. Quest'ultimo distretto si propone altresì di verificare la possibilità di introdurre misure omogenee a livello del Circondario per ridurre i costi a carico delle famiglie con 4 o più figli (vedi i programmi regionali finalizzati, dedicati all'abbattimento dei costi per le famiglie con 4 e più figli).

Sostegno alla famiglia affidataria: sostegno alla famiglia in quanto risorsa della comunità (è l'accento più volte posto dal distretto di Ravenna).

Sostegno alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro: è un tema che compare in più di un distretto (anche, come si è visto, nella sezione dei "bisogni") a dimostrazione di una certa consapevolezza ormai diffusasi entro i servizi. Alla generica attenzione al problema, si accostano distretti che esplicitano maggiormente gli obiettivi: ad esempio, Carpi parla di istituire voucher conciliativi, Modena include la tematica in un obiettivo più ampio, quello di promuovere il benessere della donna, dell'uomo e delle famiglie mediante azioni specifiche di conciliazione dei tempi della vita e del lavoro, agendo sulla flessibilità dei servizi di welfare, degli orari del mondo produttivo, sul piano degli orari della città, per alleviare e ridistribuire i carichi di lavoro domestico e di cura sia rivolto ai figli che agli anziani. Per sostenere la famiglia in un così ampio raggio di funzioni è necessario porsi l'obiettivo di continuare a facilitare l'accesso ai servizi, compresi i servizi educativi da zero a tre anni, mediante adeguata informazione, ma anche mediante la creazione di percorsi facilitanti di tutte le famiglie, con particolare riguardo alle famiglie di altra nazionalità, nonché potenziando i servizi di Informafamiglie all'interno dei Centri per le famiglie (tutti i distretti sede di centri per le famiglie stanno attuando accordi territoriali biennali tra centri e consulenti dedicati al sostegno alla genitorialità).

Per sostenere la famiglia a tutto tondo è necessaria l'integrazione fra istituzioni: anche questo è un obiettivo che ritorna in modo costante nella quasi totalità dei distretti e che assume, di volta in volta, connotazioni e sfaccettature diverse, a seconda anche della specificità dell'intervento da attivare. Infine, si può genericamente dire che, anche per quanto riguarda gli obiettivi, compaiono frequentemente obiettivi di tipo sanitario relativi al sostegno della procreazione responsabile: più volte citata l'assistenza al percorso nascita, la promozione della salute della donna (fertile, ma anche in

climaterio e menopausa) e dell'uomo, azioni di prevenzione della sterilità. Più volte, infine, viene esplicitata la necessità di azioni integrate e coordinate fra Consultori e Centri per le famiglie. Viene spesso auspicato il sostegno alla gravidanza, alle maternità difficili (in particolari di adolescenti o di famiglie multiproblematiche; monitoraggio dell'applicazione della legge 194, sostegno con azioni specifiche alle coppie infertili - specifico accenno fatto dal distretto di Modena); potenziamento dell'accesso al servizio consultoriale delle donne straniere in gravidanza e post-partum attraverso la mediazione culturale e la presa in carico integrata psico-sociale e sanitaria per le situazioni di disagio e difficoltà (come esplicita, ad esempio, il distretto di Carpi). O ancora, si fa riferimento alla necessità di una presa in carico tempestiva, da parte dei servizi, di neonati a rischio provenienti da famiglie multiproblematiche (come viene esplicitato dal distretto di Ferrara Centro Nord).

Si può pertanto dire che, in termini di contenuti, si rintracciano nei Piani distrettuali (anche al di là delle "tabelle 1") riferimenti alla delibera regionale 1690/2008 "Linee di indirizzo per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" e a quanto essa richiamava soprattutto in termini di integrazione socio-sanitaria. Merita citare, come esempio emblematico, il Piano di zona di Modena città in cui si dichiara di avere già stipulato un Accordo di programma fra Comune (Settore Politiche Sociali, Abitative) e Azienda Usl (Dipartimento cure primarie) con il quale - fra altri obiettivi - si intende dare attuazione ai contenuti di quella delibera. Tali contenuti sono sinteticamente richiamati: potenziamento degli interventi di promozione della salute sessuale e riproduttiva, miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi di assistenza alla IVG e dei percorsi integrati - tra servizi sanitari e servizi sociali - di assistenza al percorso nascita e di sostegno alle gravidanze problematiche anche con la collaborazione del volontariato, nel rispetto della libera scelta della donna e delle competenze pubbliche di Aziende Usl e Comuni. Si dice poi che l'accordo di programma prevede che presso il Consultorio sia assicurata una informazione alle donne che vi accedono su tutte le opportunità di intervento e su richiesta l'attivazione di un programma individualizzato di assistenza con l'intervento dell'assistente sociale e l'attivazione e il collegamento con le associazioni di volontariato da questa indicate.

3.4 Area infanzia e adolescenza

N° distretti interessati: 13
Distretti: Piacenza; Sud Est (PR); Guastalla (RE); Carpi, Mirandola, Sassuolo, Modena (MO); Pianura Est, Pianura Ovest (BO); Centro Nord (FE); Ravenna (RA); Cesena Savio, Rubicone Costa (FC); Rimini (RN)

N° "tabelle 1" in cui è stato selezionato solo questo target: 16

3.4.1 Tipologie di bisogni prevalenti

Com'è abbastanza logico supporre, in questa specifica area risuonano, sia sul versante dell'analisi dei bisogni che degli obiettivi, diverse problematiche od orientamenti dei servizi per il triennio già evidenziate nella "contigua" area delle responsabilità famigliari.

Anche per questa area si trova una prevalenza di bisogni che richiamano la necessità di potenziamento e sviluppo dei ser-

vizi, ma servizi integrati ed in stretta connessione (a maggior ragione, in questa area, sono frequentissimi i richiami all'integrazione operativa ed istituzionale con la Scuola), legati ovviamente al bisogno espresso dall'utenza.

Bisogno che - anche in questo caso - assume diverse connotazioni: bambini e ragazzi vanno sostenuti nella loro armonica crescita e pertanto supportati nei loro percorsi educativi (scolastici ed extrascolastici, di socializzazione, di relazione quotidiana con i genitori, ecc.), laddove i genitori hanno grandi difficoltà ad assolvere il compito educativo, il che comporta che risorse comunitarie (in primis i servizi organizzati) debbano intervenire con prese in carico per problematiche diversificate (dall'allontanamento dal nucleo familiare, alla tutela, ecc.).

... "bisogno" di "lavorare insieme" ...

Sono ricorrenti alcune esigenze riguardanti l'integrazione fra servizi, soggetti, risorse, professionalità, pratiche in ambito sia educativo che sociale: la complessità delle problematiche dei minori in carico richiedono ai distretti di formulare progetti integrati fra servizi sociali minori e Neuropsichiatria infantile (necessità richiamata esplicitamente nel distretto Sud est di Parma, proprio allo scopo di favorire e concordare l'omogeneità degli interventi mantenendo le diverse competenze), oppure fra servizi socio-sanitari e altre istituzioni presenti nella comunità. La lettura proposta dal distretto di Rubicone Costa (FC), ad esempio, mette in evidenza come occorra continuare a praticare esperienze coordinate fra soggetti diversi del territorio - servizi educativi, scuola, Enti locali, servizi sanitari e Terzo Settore. Ciò favorisce i processi di accoglienza dei bambini e dei ragazzi nei servizi e nella scuola, migliora la qualità delle relazioni tra questi e gli adulti, mantiene lo stato di salute e promuove azioni di prevenzione nei gruppi a rischio. Lettura simile danno anche il distretto di Cesena Savio (FC) e di Mirandola (MO). Ancora, il distretto di Guastalla (RE) si sofferma sulla necessità di un maggiore coordinamento delle attività svolte dagli istituti scolastici e dalle altre istituzioni per contrastare fenomeni legati al disagio giovanile.

Diversi distretti si soffermano sui minori stranieri o per rilevarne la presenza sul territorio (laddove segnalata, in aumento), o per individuare le necessità dei servizi che devono farsene carico, oppure per evidenziare gli andamenti dei percorsi educativi e scolastici dei ragazzi stranieri.

...i tanti "volti", le tante necessità di bambini e degli adolescenti...

Ad esempio, il distretto di Rimini segnala un aumento di bambini stranieri, quello di Modena segnala una forte componente di minori stranieri nelle fasce d'età dall'infanzia all'adolescenza, quello di Pianura Ovest (BO) una presenza della popolazione con più di 14 anni in costante crescita e al contempo una crescita dei minori anche stranieri accolti in comunità. Il distretto di Guastalla (RE) segnala un aumento di minori stranieri non accompagnati con conseguenti necessità per i servizi di farsi carico di queste nuove problematiche; sempre a Guastalla si rileva anche l'esigenza di sostenere percorsi di crescita dei ragazzi e di interventi per contenere i comportamenti a rischio (disordini alimentari, abusi, uso di sostanze) e il disagio psicologico, con particolare attenzione agli stranieri di seconda generazione. Il distretto di Carpi approfondisce invece un ulteriore problema, quello della pre-

senza della tratta dei minori stranieri, problema che rende necessario un intervento urgente e ad alto contenuto assistenziale ed educativo da parte del Comune e delle agenzie educative del territorio; sempre il distretto di Carpi rileva la priorità di intervenire sulle condizioni di vita dei minori – specie se stranieri - per garantire l'apprendimento e il successo scolastico, la prevenzione del disagio e la promozione della salute e del benessere nelle diverse fasi della crescita dei minori. Il distretto di Mirandola evidenzia la necessità di aumentare il supporto per l'alfabetizzazione dei bambini stranieri e per la mediazione linguistico-culturale. I Distretti di Cesena savio e Rubicone Costa rilevano, infine, come i bambini figli di stranieri presentano indicatori di salute complessivamente peggiori rispetto ai figli di cittadini italiani.

Come si vede da questa carrellata sintetica, sono diversi i modi da parte dei distretti di evidenziare le questioni legate ai bisogni espressi dai minori stranieri, tutte questioni che a diverso titolo e con diverse implicazioni interrogano i servizi. Anche la tematica dei minori disabili compare a diverso titolo nell'enunciazione dei bisogni operata dai distretti: il distretto di Rubicone Costa evidenzia il numero dei minori disabili (circa 600, pari al 2% della popolazione da 0 a 17anni) richiamando al contempo anche i casi di bambini con malattie croniche (al 2006, 298), la più diffusa delle quali è la celiachia con 133 casi, seguita da 56 casi colpiti da paralisi cerebrali infantile.

Considerando l'ambito del disagio conclamato, espliciti riferimenti all'aumento dei minori in carico ai servizi vengono fatti da un numero minoritario ma comunque significativo di distretti (Carpi – MO, Pianura Est - BO, Centro Nord -FE).

Un richiamo anche alla necessità dei servizi di potenziare alcuni istituti classici per l'accoglienza ricorre di frequente (e ancora di più, come è anche più logico, negli obiettivi, come si vedrà fra poco): l'affido è più volte richiamato come istituto da potenziare, per il quale continuare una sensibilizzazione e attivare azioni di supporto alle famiglie attraverso gruppi di mutuo aiuto (Guastalla - RE, Sassuolo - MO). Sempre Sassuolo fa un richiamo esplicito alla necessità di sostenere il percorso di integrazione a scuola di bambini adottati. Il distretto di Rimini evidenzia come dei 58 affidamenti familiari (consensuali e giudiziali), 26 siano per minori stranieri.

Rispetto poi all'abuso e al maltrattamento il distretto Centro Nord presenta dati significativi sulle problematiche legate a situazioni di maltrattamento, abuso ed abbandono a carico dei minori. Viene rilevato come il fenomeno in aumento induca a potenziare le azioni già in atto e ad individuare nuove opportunità da offrire come prevenzione o in risposta alle situazioni di difficoltà individuate. In stretta contiguità con quanto emerso a livello di Conferenza territoriale socio-sanitaria (Cfr. Profilo di comunità del Ferrarese) i bisogni che emergono riguardano l'aumento delle risorse professionali impiegate nel settore minori perché nel corso degli anni sono diminuite, al contrario dell'utenza.

...bambini e adolescenti da aiutare a crescere...

Focalizzando in particolare la dimensione educativa che l'area Infanzia e adolescenza richiama, può essere utile riprendere le parole di un distretto specifico che paiono ben riassumere una tendenza generale: il distretto di Piacenza, si rileva una situazione diffusa di difficoltà dell'azione educativa

da cui nasce l'esigenza di assicurare strategie condivise di in-

clusione e integrazione scolastica per gli alunni in condizione di svantaggio sociale (handicap, disagio socio-culturale, alunni stranieri neo arrivati).

In particolare per l'adolescenza, diversi distretti rilevano una serie di bisogni: bisogni in primis delle famiglie che necessitano di un luogo di consulenza e confronto sulle tematiche adolescenziali, ma anche degli adolescenti e dei pre-adolescenti stessi cui sarebbe importante potere offrire luoghi a valenza ricreativa/educativa con presenza di figure adulte, ma anche opportunità di stare fra pari.

In quest'ultimo tipo di interventi rientrano anche quella pluralità di attività afferenti, generalmente, all'extrascuola: in più distretti si rileva la necessità di implementare la rete dell'offerta dei servizi con attività progettuali che rafforzino le relazioni, il tempo libero e la partecipazione alla vita sociale e promuovano nuove opportunità relazionali significative anche in orario extrascolastico (Rimini, Sassuolo).

Lo stare e lo stare bene a scuola è un diritto e insieme un bisogno che compare in alcuni distretti: la necessità di contrastare l'abbandono scolastico è più volte richiamata, sia come un bisogno di sostegno dei ragazzi sia come una urgenza per i servizi di promuovere interventi e azioni di prevenzione soprattutto rispetto alle situazioni di disagio sociale e relazionale. Qualche accenno alla prevenzione del disagio scolastico e del bullismo, in particolare si ritrovano in alcuni distretti (Sassuolo, Centro nord).

Ed infine, non manca l'evidenziazione di problematiche maggiormente afferenti all'area sanitaria: ad esempio, il distretto di Cesena Savio rileva la percentuale di sovrappeso ed obesità diffuse nella popolazione infantile, rileva altresì il notevole incremento negli ultimi 4 anni degli utenti in carico ai servizi di neuropsichiatria infantile. Il distretto di Modena, rispetto allo stato di salute, evidenzia come oltre i 2/3 dei minori nella provincia risultano normopeso/sottopeso, mentre tra il 20% e il 30%, nelle diverse fasce di età, risultano sovrappeso o obesi. Rileva inoltre che la quasi totalità delle famiglie sceglie di vaccinare i propri figli a fronte delle malattie più diffuse (dal 90 al 98% per le varie vaccinazioni). Il distretto di Sassuolo evidenzia invece la necessità di promuovere e sostenere programmi di tutela della salute riproduttiva e sessuale degli adolescenti, e assistenza alle adolescenti gravide.

3.4.2 Tipologie di obiettivi prevalenti

Gli obiettivi riportati in questa area, coerentemente con quanto esplicitato per i bisogni, e analogamente a quanto presentato nell'area delle Responsabilità famigliari, sono prevalentemente legati a servizi/interventi, ai bisogni della popolazione target, alla rete inter-intra istituzionale

Va tuttavia evidenziato che pare di rilevare una ricorrenza anche della necessità di integrazione fra istituzioni diverse, a vari livelli e anche con differenti modalità.

Senza addentrarsi in analisi di tipo quantitativo, merita anche citare – ancorché meno numerosi – altri obiettivi che si vuole qui proporre per dare un'idea della complessità e dell'articolazione dei contenuti proposti nei Piani distrettuali triennali. Ad esempio, compaiono obiettivi riconducibili alla necessità di sviluppare o creare ex-novo strumenti e modalità organizzative strumentali a realizzare o a migliorare l'erogazione stessa degli interventi: rientrano in questa tipologia di obiettivi l'attivazione di convenzioni con strutture per diminuire i costi elevati di accoglienza per madri-bambino, oppure l'elaborazione di una Carta dei servizi per l'infanzia; oppure la ne-

cessità di monitoraggio di specifiche problematiche (ad esempio sugli adolescenti, come a Guastalla - RE) o, ancora, la necessità di azioni di tipo valutativo strutturato (attraverso la sperimentazione di progetti pilota finalizzati alla razionalizzazione degli interventi di assistenza educativa a sostegno dei minori certificati ex legge 104, come a Sassuolo - MO).

Non mancano poi riferimenti espliciti ad obiettivi attinenti alla necessità di implementare azioni formative per varie figure: operatori dei servizi, ma soprattutto insegnanti, educatori (obiettivi legati alla formazione/informazione degli operatori e soggetti della rete). La formazione viene proposta o per sostenere gli insegnanti nel complesso lavoro con ragazzi e studenti portatori di una qualche forma di disagio (ad esempio nel distretto di Sassuolo, Ferrara Centro Nord), ma anche per condividere linguaggi e categorie concettuali in tema di "disagio" (ad esempio, distretto di Rimini).

Come si diceva, molti obiettivi fanno riferimento alla necessità di attuare azioni, interventi, progettazioni integrate.

L'integrazione appare a vario titolo come la condizione imprescindibile di politiche efficaci per sostenere i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, come già precedentemente osservato a proposito dell'area delle responsabilità famigliari. Ancora una volta appaiono diverse le modalità per promuovere l'integrazione. Il distretto Centro nord del ferrarese elenca i protocolli che devono essere applicati ("Protocollo sulle buone pratiche da seguire in situazioni di pregiudizio dei minori"; "Protocollo provinciale sulle buone prassi condivise fra Servizi Ospedalieri e territoriali"; "Protocollo delle buone prassi fra Servizio sociale e Questura"); il distretto di Parma Sud Est indica l'obiettivo di formulare un protocollo che definisca gli ambiti d'intervento dell'Unità operativa della NPIA (Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza), dell'ASP (Azienda dei servizi alla persona) e delle Agenzie sociali (Azienda Sociale Sud-est e azienda consortile "Azienda Pedemontana Sociale") stabilendo équipe integrate per la valutazione degli interventi in ambito scolastico, educativo, di tutela dei minori, come previsto dalla DGR n. 846/07; il distretto di Sassuolo (MO) parla del consolidamento del protocollo per le prese in carico multiproblematiche ("Protocollo per le dimissioni protette e per la segnalazione e presa in carico del bambino e della sua famiglia in situazione multiproblematica") o del protocollo già operativo della presa in carico precoce del neonato; il distretto di Modena, orientato alla prevenzione e all'intervento in caso di abuso e maltrattamento ai minori.

Ricorrenti le indicazioni di obiettivi che sollecitano una modalità integrata di intervento sui minori: progetti integrati, prese in carico integrate (fra servizi sociali e sanitari, oppure fra pediatria di comunità e di libera scelta, ecc.). Ad esempio, il distretto di Rubicone Costa (FC) si sofferma sull'obiettivo di rafforzare la presa in carico integrata da parte dei servizi dell'area materno infantile e del SERT dei giovani minorenni che assumono sostanze. Ancora è indicativo l'elenco riportato da un distretto di tutti i soggetti da coinvolgere in politiche integrate: Servizi sociali territoriali, Servizio sociale Tutela minori e famiglie, Servizi educativi, Istituzioni scolastiche, Consultorio Familiare/Spazio Giovani, Neuropsichiatria, infanzia e adolescenza Settore di psicologia clinica/Tutela minori, Centro adolescenza, Pediatria di comunità, Pediatri di libera scelta, Unità operativa di pediatria, Terzo Settore, Forze dell'ordine, Polizia municipale, Volontariato. Questo completo e dettagliato elenco del distretto di Sassuolo offre immediatamente

l'idea della articolazione di soggetti chiamati in causa per cercare di far fronte ai bisogni complessi di un target come quello dei bambini e degli adolescenti in difficoltà conclamata o a rischio di disagio.

C'è anche chi è stato più su un piano generico indicando la "necessità di integrarsi", ma evidenziando quasi sempre la necessità di includere anche la Scuola entro questi processi. Ovviamente a seconda che si parli di minori in carico o sotto tutela, oppure di ragazzi e studenti in situazioni di difficoltà nei percorsi di apprendimento e formazione sono più o meno sottolineate le presenze dei servizi socio-sanitari e/o della scuola: è tuttavia ricorrente il fatto che l'integrazione deve essere trasversale, vero e proprio stile di lavoro per tutti i servizi della comunità.

Integrazione può anche voler dire integrazione delle progettualità, dei "ragionamenti strategici", condivisione di linguaggi ed obiettivi fra servizi diversi. Ciò è vero, ad esempio, per l'area dell'adolescenza e della pre-adolescenza, dove più volte viene richiamata la necessità di coordinare azioni ed interventi armonici che tendano a "centrare il bersaglio" superando l'attuale frammentarietà ed eterogeneità degli interventi. Un contributo alla ridefinizione delle politiche per l'adolescenza è atteso con l'attuazione del dettato normativo della Legge regionale n. 14/2008 sulle giovani generazioni. Ritorna anche il richiamo alla necessità di una progettualità comune per specifici interventi, ad esempio l'affido famigliare: il distretto di Guastalla (RE) si pone l'obiettivo di promuovere la sensibilizzazione all'affido anche attraverso il coinvolgimento e l'integrazione in fase di ideazione di tutte le componenti professionali coinvolte nell'intervento.

Anche per questa area non mancano obiettivi di rafforzamento della rete dei servizi più classici a sostegno di infanzia e adolescenza soprattutto laddove queste fasce di età risultino a rischio di violenza, maltrattamento, abuso. Similmente a quanto già rilevato nell'area responsabilità famigliari, diversi distretti hanno ripreso questi temi. In generale, molteplici sono i riferimenti alla necessità di qualificazione e sostegno del sistema di servizi per l'accoglienza nelle sue diverse forme. Così come ricorrono obiettivi volti al rafforzamento di azioni di contrasto, prevenzione precoce di situazioni di violenza e maltrattamento verso minori.

Qualche accenno, anche in questa area, al tema del sostegno economico alle famiglie, soprattutto attraverso una revisione delle politiche tariffarie.

Talvolta compaiono riferimenti a problematiche molto specifiche di cui i minori possono essere portatori: agire a supporto dei minori stranieri non accompagnati (ad esempio, il distretto di Modena); sostenere interventi su minori anche provenienti dal circuito penale che versano in condizioni di grave disagio o rischio (ad esempio il distretto Pianura Est, provincia di Bologna).

Notevoli anche in questa area i richiami all'affido famigliare: gli obiettivi indicati più frequentemente vanno dall'incentivare - come esaminato nell'area responsabilità famigliari - progetti di affido famigliare in termini sia di sostegno alle famiglie già affidatarie sia di promozione di questo istituto per potere ampliare le risposte di accoglienza.

Non mancano anche riferimenti al sostegno alle famiglie che hanno intrapreso percorsi adottivi, soprattutto nella fase post-adozione.

Ricorrono poi molto di frequente nella progettazione locale quegli obiettivi che hanno a che fare, genericamente, con i

percorsi educativi e formativi a scuola e “fuori dalla scuola”. Il sostegno all’apprendimento, all’integrazione scolastica di bambini e ragazzi in particolari situazioni penalizzanti, la promozione del successo formativo nonché il contrasto e la prevenzione del disagio scolastico, dell’abbandono o di fenomeni di “malessere” dentro la scuola, quali, ad esempio, il bullismo, occupano una parte importante fra gli obiettivi di questa area. Non mancano poi espliciti riferimenti alla necessità di integrazione soprattutto per ragazzi e studenti disabili e stranieri.

Più volte poi si ritrovano obiettivi che fanno genericamente riferimento alla sfera sanitaria o, più in generale, all’area della tutela della salute: ad esempio implementazione di interventi di prevenzione della obesità infantile, o promozione di stili di vita sani, effettuazione di diagnosi precoce (ed integrata) di patologie psichiatriche o promozione di azioni a contenimento o contrasto di patologie croniche, sempre più frequenti anche presso i minori quali diabete, malattie respiratorie, celiachia, ecc. A titolo di esempio, il distretto di Rubicone Costa (FC) si sofferma su questo tema: affronta il tema della presa in carico di malattie croniche attraverso la conoscenza epidemiologica della diffusione sul territorio, l’attivazione di reti curanti fra servizi territoriali ed ospedalieri, con la revisione di percorsi specialistici pediatrici per le malattie a maggior complessità. Anche il distretto di Sassuolo (MO) propone l’obiettivo di un attento monitoraggio della diffusione di determinate malattie croniche fra i minori. Anche il tema delle vaccinazioni compare in più di un caso nei termini di monitoraggio del ricorso a tale intervento da parte delle famiglie e andamento rispetto al raggiungimento degli standard stabiliti dalla Regione e dal Servizio sanitario nazionale.

Forse un po’ meno ricorrente il richiamo ad obiettivi che rimandino alla promozione dei diritti dell’infanzia e della adolescenza (se non in termini molto generali) rispetto alla promozione dell’agio, della partecipazione alla vita comunitaria, del tempo libero, di antico “sapore 285”: pochi i casi in cui si cita il Consiglio comunale dei ragazzi, le città amiche delle bambine e dei bambini, ecc. anche se non mancano riferimenti alla necessità di promuovere interventi per la promozione dell’agio e della quotidianità, per il confronto sulle problematiche educative fra vari soggetti della comunità (il distretto di Rimini propone un obiettivo emblematico: la promozione di opportunità relazionali ed integrazione comunitaria attraverso il ripensamento e la ri-progettazione dello spazio pubblico, il recupero dei segni identitari della comunità locale, in primis le famiglie), i confronti fra gruppi pari.

Ciò potrebbe essere segnale di una maturità raggiunta dai territori che ormai hanno fatto propria questa cultura di attenzione ai diritti dell’infanzia e dell’adolescenza per cui è pleonastico ri-scriverlo sui documenti programmatori, oppure, un “segnale dei tempi”, cioè di tempi in cui il sistema di welfare locale è tutto orientato a rispondere con servizi più tradizionali che devono cercare di stare al passo con una domanda in continua crescita quali-quantitativa (come più volte sottolineato anche nell’analisi dei bisogni) che richiede interventi mirati, precisi, integrati.

3.5 Area Anziani

N° Distretti interessati: 31

Distretti: Piacenza, Ponente (PC), Levante (PC), Parma, Fidenza (PR), Parma Sud Est (PR), Valli Taro Ceno (PR), Castelnuovo (RE), Guastalla (RE), Reggio Emilia, Sandiano (RE), Val d’Enza (RE), Correggio (RE), Carpi (MO), Castelfranco (MO), Mirandola (MO), Modena, Casalecchio di Reno (BO), Imola (BO), Pianura Est (BO), Bologna, Porretta Terme (BO), San Lazzaro di Savena (BO), Pianura Ovest (BO), Ferrara Centro Nord (FE), Ravenna, Cesena-Savio (FC), Forlì (FC), Rubicone Costa (FC), Riccione (RN), Rimini (RN).

N° “tabelle 1” in cui è stato selezionato solo questo target: 62

3.5.1 Tipologie di bisogni prevalenti

Gli anziani oggi: sempre di più, sempre più fragili

La progettazione nella sola area anziani si concentra nella maggior parte dei casi sull’analisi dei bisogni connessi ad una popolazione target che presenta sempre più elementi di fragilità. In generale, ricorre nella enunciazione dei bisogni prioritari la preoccupazione relativa all’aumento di situazioni di solitudine, di isolamento, di abbandono, di disagio sociale e di povertà, così come si registra quantitativamente il crescere di patologie e pluripatologie della popolazione anziana, con frequenti riferimenti alla demenza senile e all’Alzheimer. Il tema della fragilità trova frequenti riferimenti nei piani locali: sono fragili non solo gli anziani non autosufficienti, ma anche quelli soli.

Dal fronte dei servizi, e a partire da questi bisogni direttamente legati all’evolversi dell’invecchiamento (solitudine, precario stato di salute, vulnerabilità, ecc), il bisogno prevalente ha proprio a che vedere con il monitoraggio delle condizioni di vita della popolazione anziana fragile. Conoscere come si evolvono i bisogni, monitorare la fragilità (povertà economica, solitudine, isolamento, patologie croniche, problemi cognitivi/psicologici) e la domanda della popolazione target permette poi di rispondere adeguatamente a una serie di “bisogni dei servizi”:

I bisogni dei servizi: sempre di più e più adeguati

- necessità di personalizzare l’intervento;
- necessità di intercettare e “agganciare” le situazioni di anziani soli e in difficoltà che non vogliono aiuto;
- necessità di offrire risposte residenziali flessibili alle esigenze della famiglia;
- necessità di offrire servizi e sostegno anche alle famiglie e ai caregivers (sostegno economico, informativo, punti e sportelli di consulenza e ascolto, gruppi di sostegno ...). In questa categoria rientrano anche tutte quelle iniziative formative e non dedicate alle figure delle assistenti familiari (da formazione dedicata a gruppi di incontro di assistenti familiari con l’individuazione di uno spazio dedicato, al fine di favorire l’integrazione tra loro ma anche con la rete sociale e dei servizi);
- necessità di migliorare percorsi e momenti delicati quali le dimissioni protette;
- necessità di adeguare l’assistenza domiciliare alle situazioni in aumento di anziani non autosufficienti con situazioni di gravità sanitaria;

- necessità di organizzare i servizi dedicati e non per rispondere ai bisogni dell'anziano, considerato nella sua globalità (offerta differenziata ma qualificata ed integrata tra servizi sociali, socio-sanitari e sanitari);
- necessità di una maggiore equità sui territori rispetto alle condizioni di fruibilità ed accesso ai servizi;
- necessità di aumentare l'offerta di servizi domiciliari e territoriali per prevenire l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione (ADI, Centri Diurni, appartamenti protetti, ricoveri temporanei di sollievo, ..): in questo caso alcuni territori individuano la necessità di studiare e implementare servizi ancora più flessibili, con minore strutturazione e minor spesa. Ad esempio, il distretto di Mirandola individua il bisogno di sperimentare un sistema di abitare "protetto" a bassa soglia per anziani soli, cioè tutelato ma poco costoso (condominio protetto, alloggi con servizi, comunità alloggio, ecc..) che sia intermedio tra il domicilio e la struttura protetta, per poi orientare il ricovero in struttura solo alle situazioni di elevata complessità socio-sanitaria con necessità di risposte differenziate;
- necessità di agire sulla qualità e quantità degli ambienti domestici (dalla permanenza di barriere architettoniche in ambito domestico alle progressive difficoltà nell'accesso e fruibilità degli spazi domestici a fronte della diminuzione dell'autonomia e delle mutate condizioni di salute della popolazione anziana alla necessità di edilizia popolare destinata ad anziani e di alloggi con canoni di affitto sostenibili);
- necessità di sviluppare servizi per la mobilità o una rete di trasporti sociali, non solo dedicata al trasporto verso strutture di cura e riabilitazione, ma anche come servizio dedicato, a sostegno delle persone anziane fragili e parzialmente non autosufficienti o autosufficienti. La mancanza di possibilità di mobilità sul territorio è inoltre ostacolo, come evidenzia il distretto di Correggio (RE), alla partecipazione alla vita pubblica, alla fruizione di spazi e tempi per il tempo libero. In estrema sintesi, questo bisogno richiama necessariamente il tema dell'integrazione delle politiche socio-sanitarie a favore degli anziani con le politiche locali dei trasporti e della mobilità, nonché della rideterminazione di una politica dei trasporti che tenga in debita considerazione le esigenze di mobilità legate agli stili di vita della popolazione anziana, come sottolineato dal distretto di Riccione.

Dunque, alla necessità di adeguare il sistema dei servizi ai bisogni di una popolazione target in continua evoluzione, si affianca il bisogno di continuare a qualificare e potenziare l'offerta residenziale, in termini di qualificazione delle strutture, miglioramento degli standard, aumento dei posti letto, abbattimento delle liste di attesa, mantenimento del livello di copertura o raggiungimento di tassi di copertura in linea con gli standard provinciali.

I bisogni dei servizi: sempre più qualificati ed appropriati

L'efficiente organizzazione del sistema dei servizi (sociali, socio-sanitari, sanitari), del complesso di cure e interventi dedicati è infatti un requisito imprescindibile per garantire qualità assistenziale, appropriatezza delle prestazioni ed efficienza in termini di spesa.

In questo discorso rientra anche la necessità del sistema dei servizi di definire percorsi di accesso, priorità e integrazione tra il soggetto preposto alla definizione del piano di assistenza

e il soggetto erogatore, nell'ottica della centralità della domiciliarità e dell'accreditamento dell'assistenza domiciliare integrata, come evidenzia il distretto di Correggio. Anche quello di Ravenna dà risalto all'accreditamento, come ulteriore elemento ed occasione per innalzare il livello della qualità dei servizi offerti in ambito socio-sanitario.

Prevenzione, promozione, comunità: un deterrente alla fragilità degli anziani

La prevenzione è un tema trasversale e spesso citato tra i bisogni su cui intervenire: prevenzione della non autosufficienza, prevenzione rispetto agli stili di vita più sani con programmi di attività motoria e di contrasto al decadimento cognitivo, promozione di stili di vita sani per prevenire determi-

nate malattie degenerative e cardiovascolari, prevenzione degli incidenti domestici invalidanti (cadute in particolare, che per gli anziani rappresentano un'importante causa di disabilità e decesso), prevenzione della sedentarietà che però vuol anche dire rischio di solitudine e che pertanto richiama il bisogno di agire sulle reti di socializzazione.

A proposito di sedentarietà, il distretto di Imola specifica che la sedentarietà si accompagna poi spesso a varie forme di isolamento e solitudine negli anziani.

Isolamento e solitudine sono termini ricorrenti in quasi tutti i piani: si segnala in particolare il distretto Sud est (Parma) circa la prosecuzione del progetto "Gestione anticipata della fragilità", realizzato al fine di pervenire ad un monitoraggio programmato delle situazioni a rischio di non autosufficienza con un metodo integrato e condiviso, ma anche Ravenna, che identifica la necessità, per prevenire situazioni di fragilità sociale, di intervenire attraverso azioni volte alla promozione dell'agio ed al benessere psicofisico della popolazione anziana (con iniziative a carattere motorio, culturale, ludico ricreativo, di socializzazione).

Rispetto agli elementi che contribuiscono a creare isolamento sociale si riporta il commento del distretto di Porretta Terme, che riprende dati del Profilo di comunità (relativamente ai risultati della ricerca del MEDEC - Progetto Cittàsicure - Regione Emilia-Romagna) i quali evidenziano, nella popolazione anziana, un forte e diffuso bisogno di sicurezza. La paura, in particolare della criminalità e del diverso, ostacola infatti la partecipazione alla vita pubblica e culturale e, appunto, contribuisce a creare isolamento sociale.

Appare meno presente, rispetto ad altre aree, il riferimento alle risorse comunitarie e a bisogni di sviluppare rete e comunità.

Se da più parti emerge, infatti, la necessità di integrazione e di fare rete tra servizi sono meno frequenti i richiami alla necessità di sviluppare azioni di tipo comunitario. Si esprimono a tal riguardo i Distretti di Castelfranco Emilia, di Casalecchio di Reno e il distretto Parma - Sud Est.

Castelfranco Emilia infatti sottolinea l'esigenza di promuovere una cultura diffusa volta alla valorizzazione della persona anziana e del suo ruolo all'interno della società, la necessità di rafforzare le opportunità di aggregazione e socializzazione, la necessità di lavorare sullo sviluppo dei rapporti intergenerazionali e sul sostegno alle forme aggregative, per far fronte alle condizioni di emarginazione e solitudine. Anche il distretto di Casalecchio di Reno esprime la necessità di offrire alla popolazione anziana autosufficiente proposte di incontro, socializzazione, anche nella convinzione che le persone anziane possono essere una risorsa per le comunità locali. Infine il distretto Sud est (Parma) individua la necessità di progettare, a

livello distrettuale, un coinvolgimento del volontariato e del Terzo Settore al fine di ridurre l'esclusione sociale, costruendo una rete di solidarietà e favorendo lo sviluppo degli interventi a bassa intensità assistenziale (ad esempio spesa, commissioni, iniziative di socializzazione e attività motoria, ecc.)

I bisogni degli operatori

Infine, appaiono residui, rispetto anche ad altri target di riferimento, i bisogni relativi alla formazione/informazione di operatori e soggetti della rete.

Il bisogno di aumentare le competenze e conoscenze degli operatori del pubblico e/o del privato sociale è evi-

denziato in particolare dai distretti di Ponente, Sud Est e Guastalla. Per quanto riguarda il primo distretto, sul tema della assistenza domiciliare emerge il bisogno di maggiore integrazione tra i servizi e le figure professionali coinvolte e l'esigenza di momenti di pianificazione /coordinamento e formazione comuni. Il distretto Sud Est individua la necessità di avviare gruppi di riattivazione cognitiva, nei cinque centri diurni del distretto, rivolti sia agli utenti del centro, che del territorio, in collaborazione con il Consultorio dei disturbi cognitivi e a questo proposito sottolinea il bisogno di formare tutti gli operatori dei centri diurni al fine di attuare tale iniziativa a livello distrettuale.

Il distretto di Guastalla sottolinea invece la necessità di realizzare percorsi formativi e di coordinamento delle figure di responsabili del caso.

3.5.2 Tipologie di obiettivi prevalenti

Gli obiettivi riportati in questa area, in risposta a quanto esPLICITATO per i bisogni, in prevalenza afferenti alle caratteristiche della popolazione target, si collocano in maggioranza nella tipologia "Obiettivi legati a servizi/interventi", ovvero riguardano obiettivi di consolidamento, di sviluppo, di innovazione e di creazione di nuovi servizi ed interventi in questa determinata area.

Un primo tipo di obiettivi legati al sistema dei servizi riguarda il potenziamento e qualificazione dei servizi e interventi a sostegno della domiciliarità: incremento e dell'assistenza domiciliare; facilitazione della domiciliarità attraverso l'adattamento dell'ambiente domestico e l'acquisto di ausili tramite l'erogazione di contributi economici per interventi strutturali; potenziamento, qualificazione e sviluppo della rete dei centri diurni; potenziamento del numero degli assegni di cura; incremento dei posti a carattere temporaneo anche attraverso la graduale conversione di parte della dotazione di posti residenziali; aumento dell'integrazione del lavoro di cura delle assistenti familiari nella rete di offerta pubblico-privata, in alcuni casi sperimentazione di un contributo economico alle famiglie per sostenere la scelta della regolarizzazione. Sostenere le famiglie attraverso la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari significa anche inserire la formazione ed il tutoring tra le attività prioritarie del servizio di assistenza domiciliare.

Un discorso particolare viene fatto in relazione all'assistenza domiciliare a favore di anziani affetti da demenza: si tratta di una tipologia di utenza per la quale il servizio si deve necessariamente specializzare e prevedere il supporto alle famiglie, attraverso percorsi di informazione e auto-mutuo aiuto, nonché attività dedicate agli anziani affetti da patologie invalidanti (es. punti di incontro).

Favorire il mantenimento dell'anziano a domicilio è un obiettivo perseguibile anche attraverso l'utilizzo di strumentazione professionale innovativa, quale l'elaborazione e l'utilizzo di progetti individualizzati di vita e di cure, che, per la loro attuazione si avvalgono di risorse storiche, innovative, sociali, socio-sanitarie e sanitarie. Innovare e qualificare la rete dei servizi di assistenza domiciliare, dare piena attuazione alla DGR 1206/07, sono aspetti ed obiettivi che trovano infatti concretezza nell'efficace utilizzo di progetti integrati condivisi con gli anziani e i loro famigliari.

Anche i servizi residenziali rientrano in obiettivi specifici di sviluppo: si parla infatti di differenziazione e ampliamento di offerta (anche se la prassi ormai consolidata è il ricovero in struttura solo per le situazioni di elevata complessità socio-sanitaria), di monitoraggio del bisogno di posti letto residenziali per mantenere il livello di copertura indicato dalla Regione, contenimento o abbattimento delle liste di attesa, di aumento degli standard prestazionali e di sicurezza. Anche per le strutture residenziali viene posto l'accento sull'ampliamento dei posti residenziali e semiresidenziali a favore di affetti da demenza (è il caso, ad esempio, del distretto di Castelfranco Emilia - MO).

Un altro tipo di obiettivi riguarda il rafforzamento e qualificazione del sistema di accesso (anche attraverso la definizione di regolamenti di accesso), valutazione e presa in carico, attraverso: lo sviluppo della rete degli sportelli sociali e l'integrazione tra sportelli sociali e sanitari e/o punti unici di accesso (nel distretto di Castelfranco Emilia - MO) che fornisca informazione e orientamento per un accesso unitario ed integrato; la revisione dei criteri per la formulazione delle liste di attesa per l'accesso ai servizi socio-sanitari; la realizzazione di maggiore uniformità ed equità territoriale rispetto alla fruibilità e livello di accesso (ovvero uguale livello di offerta distrettuale e uniformità distrettuale nelle regole di compartecipazione economica del cittadino).

Al tema accesso si collega quello dell'informazione, da migliorare e potenziare sia in termini di luoghi che di strategie di informazione e comunicazione sull'offerta dei servizi e sulle opportunità esistenti per le persone anziane. Si tratta, come evidenziato dal distretto di Correggio (RE) di costruire un sistema professionale accogliente di punti di accesso coordinati tra loro ed integrati con le risorse del contesto, con funzioni di informazione, presa in carico e accompagnamento, anche a garanzia della continuità assistenziale.

Accanto ad obiettivi di miglioramento dei servizi domiciliari, residenziali, semiresidenziali (dall'accesso alla erogazione e monitoraggio) si collocano obiettivi direttamente legati alla promozione della salute della popolazione anziana includendo la dimensione fisica, psichica e relazionale, promuovendo la cultura della salute e stili di vita adeguati per la popolazione anziana (in termini di prevenzione da sedentarietà, decadimento mentale, fumo, alcool), alla socializzazione, alla stimolazione a praticare attività motoria, alla sensibilizzazione e prevenzione con particolare riferimento agli incidenti domestici, al monitoraggio delle situazioni a rischio sociale e sanitario con azioni di prevenzione delle situazioni di isolamento e abbandono tipiche degli anziani fragili. Sulla definizione dell'anziano fragile molti distretti manifestano la necessità di uniformare, almeno a livello distrettuale, gli indicatori di riferimento per la definizione dell'anziano fragile. Per garantire tutela all'anziano fragile e alla sua famiglia si strutturano anche proposte culturali innova-

tive legate alle nuove generazioni di anziani, finalizzate a promuovere una vita di relazione e una partecipazione attiva alla comunità locale.

In termini di prevenzione e lotta all'isolamento e all'esclusione molti distretti propongono di organizzare un servizio di trasporto coordinato per facilitare e agevolare gli spostamenti degli anziani non autosufficienti e anziani soli.

Il tema rientra nell'obiettivo più generale della promozione dell'integrazione tra politiche settoriali (non solo quindi dei trasporti, ma anche politiche urbanistiche, abitative, del commercio, della cultura, dello sport, della sicurezza) al fine di prevenire situazioni di solitudine e di sostenere le reti sociali, ecc.

Ulteriori obiettivi in questa area sono connessa al far rete, declinati in molteplici forme:

- rete come valorizzazione delle risorse per la persona, e in questi casi si tratta di promuovere e sostenere il ruolo delle reti sociali, attraverso il sostegno delle forme aggregative dei circoli per anziani, orti sociali ma anche di sviluppare le reti di solidarietà di vicinato;
- rete come strategia organizzativa per fornire servizi rispondenti a complessi e differenziati bisogni della popolazione anziana. In questi casi sono diversi i richiami alla necessità di potenziare il raccordo tra gli organismi deputati, di organizzare tavoli di confronto con assistenza distrettuale di base, MMG, servizi sociali comunali, ASP, di sviluppare il rapporto tra geriatrie ospedaliere e territorio, ecc. anche attraverso la definizione di protocolli operativi, per disciplinare il ruolo e le relazioni tra i diversi soggetti. Si tratta inoltre di migliorare anche l'integrazione tra assistenza medica di base con l'assistenza domiciliare sociosanitaria, di coinvolgere i nuclei di cure primarie, quali reti di assistenza territoriale, migliorando l'informazione sulle attività della rete dei servizi distrettuali, di istituire tavoli di confronto permanenti;
- rete come attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale: in questi casi si parla di coinvolgere maggiormente il Terzo Settore per il potenziamento della rete dei servizi, per collaborare sul tema della sensibilizzazione, prevenzione, socializzazione, promozione dell'essere anziano e risorsa della comunità, ma anche e soprattutto sul tema della fragilità. In questo ultimo caso il volontariato e il Terzo Settore sono considerati volani di progetti territoriali riguardanti le aree della fragilità. Inoltre, il Terzo Settore è sollecitato, in un'ottica di dialogo e raccordo, ad attuare interventi e progetti in area trasporti, assistenza a domicilio, piccole manutenzioni, spesa, ecc.;
- rete come garanzia della continuità assistenziale, in particolare modo nel momento della transizione fra ospedale e territorio anche attraverso la realizzazione di punti di accoglienza, di azioni di formazione, di stipula di protocolli operativi dedicati;
- rete come modalità di risposta ad interventi urgenti. In questo caso, come evidenziato dal distretto di Reggio Emilia, si tratta di iniziare a riflettere sulla strutturazione di una rete di tutela per le urgenze (ad esempio, attraverso la sostituzione dell'assistente familiare, oppure la sostituzione temporanea del care giver); questa necessità appare come uno dei nodi sensibili delle prospettive future.

Risultano residuali gli obiettivi legati alla formazione e quelli relativi alle risorse umane in campo: nel primo caso, se si escludono i numerosi richiami ad una formazione delle assi-

stenti familiari, si tratta di obiettivi formativi che fanno riferimento all'addestramento del personale ADB/OTA/OSS nelle attività di assistenza a persone con elevato bisogno assistenziale, alla formazione continua degli operatori soprattutto sul tema della demenza, alla formazione degli operatori domiciliari finalizzata all'assunzione di un ruolo non solo assistenziale ma anche di accompagnamento e tutoring delle assistenti famigliari, alla formazione integrata tra personale del sociale, del sanitario e del Terzo Settore nell'ambito delle fragilità oppure alla formazione congiunta tra operatori dei servizi e associazioni di riferimento.

Per quanto riguarda gli obiettivi di aumentare/riqualificare le risorse umane presenti in un'area/servizio/intervento, il distretto Parma Sud Est (PR) ravvisa la necessità di aumentare a livello distrettuale il personale dedicato alla presa in carico degli anziani e il personale socio-sanitario e sanitario, giudicato inadeguato per rispondere agli standard della DGR 1206/07.

A proposito della DGR 1206/07, può essere interessante infine riportare quanto è entrato il lessico, la cultura, promossa dalla riforma dei servizi per la non autosufficienza e dal FRNA. Le parole chiave, che sono: domiciliarietà, progetto individualizzato di vita e di cure, sostegno ai care givers formali e informali, prevenzione e individuazione della fragilità, riassetto dell'assistenza domiciliare, rete delle strutture (ultima ratio rispetto dell'iter della persona anziana nei servizi, ma comunque fondamentali nella gestione del suo percorso), attraversano come un filo rosso i documenti esaminati, in termini di risposte al bisogno degli anziani che concordemente si definisce in crescita.

3.6 Area Disabilità

N° Distretti interessati: 28

Distretti: Piacenza (PC), Levante (PC), Ponente (PC), Parma (PR), Fidenza (PR), Sud Est (PR), Valli Taro Ceno (PR), Castelnovo ne' Monti (RE), Guastalla (RE), Reggio Emilia (RE), Scandiano (RE), Val d'Enza (RE), Correggio (RE), Carpi (MO), Mirandola (MO), Sassuolo (MO), Casalecchio di Reno (BO), Bologna (BO), Pianura Est (BO), Porretta Terme (BO), Pianura Ovest (BO), Centro Nord (FE), Ravenna (RA), Cesena Savio (FC), Forlì (FC), Rubicone Costa (FC), Riccione (RN), Rimini (RN)

N° "tabelle 1" in cui è stato selezionato solo questo target: 49

3.6.1 Tipologie di bisogni prevalenti

Allarme disabili?

La progettazione nella sola area disabilità si concentra nella maggior parte dei casi sui bisogni di una popolazione disabile che cambia: diffusi sono infatti i richiami alle disabilità acquisite, alle disabilità gravissime. In aumento risultano, ad esempio, i minori con gravissime patologie, come segnalato dal distretto di Reggio Emilia; a Bologna si segnalano in particolare i minori disabili; il distretto Centro-Nord (FE) segnala più di 200 invalidi minorenni nel proprio territorio ai quali si aggiungono gli oltre 130 minori con gravi patologie neuropsichiatriche: il distretto di Piacenza sottolinea le situazioni di autismo, con un incremento della domanda di programmi di intervento per giovani adulti con autismo che

terminano il percorso scolastico così come il distretto di Reggio segnala un aumento delle patologie invalidanti e della loro complessità. L'attenzione al mutamento dei bisogni in area disabilità si concentra anche sui disabili stranieri a scuola (in aumento, come ad esempio segnalato da Parma e Sud est) e sui disabili con forme di dipendenza (Parma), ma anche sui disabili che invecchiano, disabili adulti non ancora anziani, giovani adulti.

Disabili bambini, adolescenti, giovani, adulti e anziani: il tema della necessità di continuità assistenziale nelle fasi di passaggio di età anagrafica è sempre presente nei documenti analizzati.

Disabili e famiglie

Accanto ai bisogni dei disabili, si collocano quelli della famiglia dei disabili per la quale permane un forte bisogno di sostegno: il distretto di Piacenza segnala una crescente richiesta delle famiglie di confrontarsi sui problemi che incontrano, di sostegno nelle fasi più critiche, di momenti e punti di ascolto, di opportunità di consulenza; quello di Ponente sintetizza il sostegno alle famiglie con "prendersi cura di chi cura", così come i Distretti di Parma e Sud Est evidenziano la difficoltà delle famiglie nelle loro azioni di cura di figli con disabilità grave. La famiglia che ha la presenza di un componente con disabilità grave ha necessità di essere supportata attraverso le risorse sociali e sanitarie del territorio, sviluppando progetti individualizzati di cura per permettere il sostegno e prefigurare momenti di sollievo. Oltre al sostegno sociale c'è attenzione (ad esempio Valli Taro Ceno) al sostegno economico. Al fine di evitare il sovraccarico delle famiglie, Mirandola, come altri Distretti prevedono un aumento di interventi a sostegno della domiciliarità.

Inoltre, come sottolinea il distretto di Reggio Emilia, la presa in carico integrata socio-sanitaria è obiettivo fin dalla nascita, appaiono invece deficitarie le offerte di tempo libero e sostegno alle famiglie rivolte ai minori.

Disabili e accesso ai servizi, alla città, alla vita indipendente

Al bisogno di sostegno si associa il tema dell'orientamento e informazione legata all'accesso all'insieme della rete di servizi, ma anche quello della possibilità di vita indipendente/autonomia: ad esempio per il distretto di Fidenza e il distretto di Sassuolo diventa prioritario rispondere a questi bisogni con l'offerta di soluzioni abitative e nuove risposte residenziali promuoventi una vita indipendente per le persone con disabilità anche diverse dalla "residenzialità in strutture". Le famiglie si interrogano fin dalla nascita di un figlio quale futuro egli avrà quando la loro presenza non sarà più garantita, e le domande diventano ancora più angosciose quando il figlio è portatore di disabilità; sia da parte dei servizi che da parte delle famiglie è sentito il bisogno di sviluppare piani di azioni rivolti alla sperimentazione di "nuove soluzioni abitative" e di "vita indipendente" dove le stesse famiglie rappresentate dalle Associazioni di Volontariato possano co-progettare e co-gestire, insieme ai Servizi, al Terzo Settore, soluzioni rispondenti al "loro progetto di cura e di vita" pensato e sentito per il proprio familiare, per favorire una separazione progettata. Il Progetto "Dopo di noi" rappresenta la sintesi tra residenzialità e domiciliarità, diventa il luogo dove il bisogno di cura coincide con il luogo

di vita, in previsione del "Dopo di noi", ma programmato e co-gestito con i servizi "Durante e insieme a loro".

Infine, un bisogno rilevato e che permane nel tempo è quello relativo all'accesso alle opportunità di fruizione degli spazi e luoghi della città: la presenza di barriere architettoniche negli edifici, nelle strade, nei luoghi di socializzazione costituisce ancora una problematica rilevante per le persone disabili del territorio rispetto alle esigenze di vita autonoma (ad es. Carpi e Cesena Savio).

I bisogni dei servizi: un universo di possibili risposte

In primo luogo, è importante sottolineare che si tratta chiaramente di una rete di servizi e di un insieme articolato di interventi molto diversificato. Le persone disabili infatti presentano esigenze molto diverse a seconda della loro disabilità (cognitiva, sensoriale-fisica, acquisita), della loro età,

della loro condizione socio-economica, inoltre sono svariate le potenziali finalizzazioni degli interventi: si va dal tema dell'inserimento scolastico a quello lavorativo, dall'informazione e orientamento alla assistenza socio-sanitaria domiciliare, semi-residenziale, residenziale, ad esperienze di mutuo-aiuto, dagli ausili alla domotica e adattamento domestico, ecc.

I bisogni dei servizi conseguono e si collegano strettamente (e coerentemente) con i bisogni in mutamento della popolazione target. Vengono di seguito brevemente richiamati:

1. Integrazione scolastica: se per alcuni Distretti, come ad esempio quello di Reggio Emilia, l'integrazione scolastica è esperienza acquisita, ma emerge la necessità di costruire percorsi formativi coerenti con il progetto di vita fin dal passaggio alle scuole medie superiori, altri Distretti rilevano forti criticità, come ad esempio Casalecchio di Reno, che segnala l'aumento del numero di disabili minori, per i quali è necessario attivare servizi a sostegno dell'integrazione scolastica ed extra-scolastica. Il distretto di Ravenna ravvisa la necessità di integrazione strutturata con i servizi per l'integrazione scolastica, per la promozione di percorsi personalizzati di transizione all'età adulta, e con le altre tipologie di servizi per adulti disabili, per efficaci interventi di riabilitazione e di sostegno mirato alle famiglie. Inoltre alcuni Distretti (Parma e Sud Est) segnalano un significativo incremento da parte delle scuole della richiesta di operatori socio assistenziali a carico dei comuni, a fronte della contrazione degli insegnanti di sostegno. Da ciò deriva una più generale necessità di un raccordo organico tra settore sociale e sanitario nella valutazione delle situazioni e nella definizione dei bisogni di sostegno (scolastico, educativo, assistenziale) anche in ragione delle risorse finanziarie e umane dei comuni. Infine, emergono alcuni segnali di preoccupazione, come dal distretto di Scandiano, dove la presenza di alunni disabili nella scuola (come in tutta la Provincia di Reggio Emilia), è in costante crescita, mentre la molteplicità di iniziative in capo ai servizi educativi e sanitari evidenzia una frammentazione dei servizi erogati, rispetto alle necessità di estensione del lavoro di cura ed accompagnamento dei disabili e a sostegno dei bisogni di accoglienza e sollievo delle famiglie. Sembra di percepire una sorta di inquietudine rispetto alle acquisizioni del sistema di welfare che a partire dagli anni '90 - cioè dalla emanazione della legge 104/90 - hanno arricchito la rete di servizi per disabili, sia in termini di opportunità che di di-

ritti. La crisi che sta segnando il sistema scolastico, un certo affaticamento degli insegnanti accompagnato a quello che stanno vivendo gli Enti locali – sia per il complessificarsi della domanda, sia per la diminuzione di risorse umane e finanziarie – provoca un certo allarme rispetto al rischio di arretrare su pratiche e servizi in tema di integrazione (non solo scolastica) dei disabili la cui acquisizione ha rappresentato una importante vittoria civile del sistema di welfare nazionale e locale.

2. **Integrazione intra-distrettuale:** si ravvisa fortemente la necessità, come esplicitato dal distretto Sud Est del parmense e da Bologna di maggiore integrazione in ambito distrettuale dei servizi sanitari, sociali, educativi finalizzati ai minori in situazione di handicap, ma anche (come nel distretto Ferrara Centro nord) di una maggiore integrazione fra sociale e sanitario per la realizzazione di attività integrate, come la valutazione dei bisogni e delle progettualità, il passaggio di presa in carico del minore alla maggiore età ed infine l'attività di accreditamento delle strutture. Il bisogno di un maggior sviluppo dell'integrazione si presenta a tutti i livelli: tra servizi e professionisti, entro una singola organizzazione, nella programmazione e nella valutazione, come ad esempio sottolineato dal distretto di Fidenza (PR). L'integrazione fra servizi, fra istituzioni costituiscono una necessità per evitare al massimo la frammentazione di un sistema di servizi per necessità già frammentato.
3. **Rete dei servizi residenziali e semiresidenziali:** è necessario il potenziamento, l'adeguamento della rete e, soprattutto, è necessario diversificare la rete residenziale e semi-residenziale, anche se, a livello distrettuale, tale bisogno viene declinato in modo differente: si tratta di potenziare e/o migliorare i centri socio-riabilitativi residenziali e diurni, le strutture residenziali a minore intensità assistenziale per persone medio-gravi, i centri diurni socio-occupazionali, i gruppi appartamento per gli utenti disabili bisognosi di una minore intensità assistenziale.
4. **Mobilità:** diversi sono i Distretti che ravvisano la necessità di lavorare sul tema della domanda di mobilità facilitata o assistita e di accessibilità e vivibilità degli spazi pubblici e dei servizi.
5. **Sensibilizzazione:** la coesione sociale, la sensibilizzazione della comunità intera sulle problematiche della disabilità è una necessità emergente in alcuni contesti distrettuali, quali in particolare Valli Taro Ceno (PR) e Guastalla (RE). Sensibilizzare sul tema della disabilità per favorire l'integrazione, coinvolgere tutto il tessuto sociale, anche quello apparentemente più lontano dalle logiche solidaristiche come il mondo dell'impresa e delle associazioni di imprenditori, al fine di sviluppare le alleanze strategiche necessarie ad affrontare il problema dell'inserimento dei disabili nel tessuto sociale e produttivo stimolare l'attenzione dei giovani al fine di avvicinare il mondo giovanile a quello della solidarietà sono attenzioni poste in particolare dal distretto di Guastalla (RE).
6. **Tempo libero:** una attenzione particolare è posta alla necessità di ampliamento dell'offerta di opportunità, per il tempo libero, come un ambito di intervento concreto nei percorsi di crescita delle persone disabili ed un aiuto e sostegno al lavoro di cura delle famiglie (distretto di Scandiano - RE). Alcuni Distretti evidenziano (ad esempio, Castelnovo Monti – RE - , Casalecchio di Reno – BO - , Val D'Enza - RE) scarse opportunità di vita extrafamiliare legate

ad attività di socializzazione, ricreative e del tempo libero per i disabili, adulti e minori, con particolare riferimento ai comuni più decentrati. Il distretto di Casalecchio di Reno (BO) sottolinea che il tempo libero delle persone disabili, anche minori, talvolta, è trattato in maniera un po' sfuggente e trasversale, come se si trattasse di qualcosa di marginale nella vita delle persone, mentre invece lo si propone come un aspetto strettamente connesso alla qualità della vita. Si ravvisa quindi la necessità dei servizi (distretto Parma-Sud est) di realizzare interventi finalizzati ad una maggiore integrazione sociale, ad esempio con il tempo libero qualificato in spazi aggregativi aperti.

7. **Formazione:** emerge la necessità di formazione, aggiornamento e sostegno degli operatori, necessità quanto mai opportuna, vista la specificità e la continua evoluzione delle problematiche relative al mondo dei disabili. Si tratta di realizzare una formazione per il personale dedicato alle attività educative assistenziali per persone con disabilità, favorendo la partecipazione a corsi specifici e assicurando accompagnamento e consulenza di specialisti per garantire lo sviluppo dei piani individualizzati sia a livello domiciliare che in strutture dedicate, si tratta anche di realizzare (Parma Sud est) interventi di formazione integrata degli operatori, attraverso la valorizzazione degli aspetti assistenziali ed educativi, di implementare una formazione integrata tra gli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale che operano sul territorio a favore di persone con grave disabilità, con particolare attenzione alla "relazione di aiuto". Si ravvisa anche la necessità di aumentare i corsi di qualifica per operatori e i percorsi formativi del personale dedicato all'attività educativa e assistenziale, con particolare attenzione all'intercultura.

3.6.2 Tipologie di obiettivi prevalenti

Dall'analisi dei documenti emerge innanzitutto una particolare ricchezza, in termini contenutistici, degli obiettivi che si propongono di seguito opportunamente riaccorpate in dieci aree-tematiche, alcune delle quali in stretta contiguità, ma la cui individuazione cerca di dare conto delle diverse sottolineature ravvisate nei documenti di piano. Entro tali aree, di volta in volta, si specificherà se prevalgono obiettivi connessi ai servizi, allo sviluppo di rete, alla formazione, ecc.

1. Analizzare il bisogno, aumentare l'accessibilità e la fruibilità delle informazioni

Si tratta di un insieme di obiettivi legati ai servizi, volti a favorire il diritto di accesso, in termini di informazione sui temi, servizi ed opportunità inerenti la disabilità (ad esempio Piacenza, Centro Nord – FE, Carpi – MO, con il consolidamento e potenziamento dello sportello di informazione e consulenza); e volti a monitorare il bisogno degli utenti e delle famiglie.

A titolo esemplificativo, prevede obiettivi di questo tipo il distretto Sud Est - PR, ma sono diversi i documenti che riportano la necessità di sviluppare strumentazione idonea a conoscere il bisogno e la potenziale risposta della rete non istituzionale. Ad esempio Ponente (PC) si pone l'obiettivo di istituire una anagrafe della disabilità su tutto il distretto, con una mappatura completa e aggiornata delle situazioni e dei bisogni delle persone già in carico ai servizi e di quelle non ancora prese in carico e il censimento delle realtà organizzate/spontanee che possono far parte della rete per la disa-

bilità; il distretto Centro nord (FE), sul tema banche dati e informazione, intende monitorare, mappare e diffondere le informazioni sulle risorse e le opportunità presenti nel distretto (lavoro, attività estive, teatro sociale, sport e tempo libero ecc...). In stretta connessione con tali obiettivi, il distretto Pianura Ovest (BO) vuole rielaborare il sistema di valutazione dei bisogni per la definizione dei percorsi personalizzati.

2. Rafforzare e qualificare il sistema di accesso, valutazione e presa in carico

Si tratta di un insieme di obiettivi legati ai servizi, volti a favorire l'accesso ai servizi dedicati.

Molti distretti sviluppano obiettivi di questo tipo. Parma e Piacenza, ad esempio, evidenziano la necessità di sviluppare la rete degli sportelli sociali e di aumentare l'integrazione tra sportelli sociali e sanitari, ma anche di riorganizzare l'Unità di Valutazione Multidimensionale; sulla stessa tematica il distretto di Scandiano (RE) si propone di sviluppare il sistema di accoglienza ed accesso alla rete dei servizi, accogliendo l'istanza delle famiglie ovvero avere garanzia di un percorso di continuità nell'attraversamento di tutti i servizi a tutela e sostegno della disabilità, rendendo evidenti i contenuti specifici dei servizi; il distretto di Correggio (RE) propone una rilettura del sistema di offerta dei servizi per la disabilità nell'ottica della maggiore flessibilità e integrazione degli stessi.

Un obiettivo strettamente connesso, più volte ribadito, è avviare e consolidare la presa in carico multi professionale dei minori (ad esempio, distretto di Reggio Emilia). Questa fascia di età è oggetto di particolari attenzioni: come enuclea il distretto di Castelnovo nei Monti (RE): occorre attivare un percorso di dimissioni protette alla nascita con sostegno psicologico e accompagnamento della famiglia in tutte le fasi del progetto di vita attraverso la stipula di protocolli di lavoro per facilitare il passaggio tra i servizi; occorre altresì coordinare e integrare gli interventi sanitari, sociali, scolastici ed educativi in modo da rendere ciascun servizio consapevole di ruoli, funzioni, modalità, tempistica.

L'integrazione tra servizi educativi, sanitari e sociali e coinvolgimento delle famiglie, delle associazioni, del volontariato, per il superamento di frammentazioni nella progettazione del percorso di vita (Val d'Enza - RE) è una sorta di 'filo rosso' che si rintraccia in più distretti. Si tratta, in altri termini di produrre un effettivo miglioramento della presa in carico della persona disabile a partire dalla valutazione multiprofessionale e dall'analisi dei relativi bisogni per un progetto di vita più autonomo ed integrato possibile.

Per far ciò, occorre innanzitutto una condivisione di un sistema univoco di definizione delle disabilità e di lettura dei bisogni ad esse correlati, tramite la ricostruzione e coordinamento dei diversi strumenti di valutazione (UVH, UVP, UVM). Il distretto di Casalecchio di Reno e di Pianura Est (entrambi bolognesi), ad esempio, si impegnano, con priorità assoluta, a definire entro il termine di sei mesi dall'Atto di indirizzo i criteri omogenei per la valutazione dei bisogni e per la definizione di percorsi personalizzati in relazione ai bisogni.

Un ulteriore step di lavoro da parte dei servizi risiede nell'assicurare a ciascun disabile che usufruisce dei servizi diurni e residenziali la definizione del piano assistenziale e/o educativo individualizzato (PAI/PEI) garantendo così l'integrazione multiprofessionale e l'individuazione del referente del caso, sociale e/o sanitario, a seconda del bisogno prevalente (ad

esempio, distretto di Forlì). Sempre Forlì si propone di ridefinire il sistema di monitoraggio e la valutazione in itinere sulla appropriatezza dei progetti personalizzati e delle risposte offerte dalle strutture per favorire la flessibilità dei percorsi nell'ambito della rete esistente, tenendo conto del cambiamento dello stato di salute della persona disabile e del suo contesto familiare.

3. Sviluppare raccordi e protocolli operativi interistituzionali

Si tratta di un insieme di obiettivi legati ai servizi di diversa natura dedicati alla disabilità o ad essi potenzialmente connessi, alla loro integrazione e soprattutto alla loro formalizzazione.

Ad esempio il distretto di Ponente (PC) si propone la costruzione e il rafforzamento del processo di presa in carico della persona disabile adulta, attivando un sistema integrato di interventi dalla valutazione multidimensionale alla progettazione individualizzata di vita e di cura, con particolare attenzione alle fasi di transizione (minore età/età adulta – uscita dal percorso scolastico – inserimento lavorativo – inserimento in strutture -progetto di vita indipendente – dopo di noi – acquisizione disabilità) e al sostegno alla domiciliarità (supporto psicologico, interventi per l'adattamento all'ambiente domestico, progetti alternativi all'inserimento in struttura). Ciò però, evidenzia lo stesso distretto, comporta la creazione di collegamenti funzionali e di chiarificazione dei ruoli dell'UVM, del responsabile del caso, dell'educatore (figura da inserire e valorizzare per interventi territoriali) e la creazione di un'equipe territoriale dedicata alla disabilità che operi per costruire o rafforzare un sistema a rete; inoltre occorre sviluppare protocolli per la semplificazione dell'accesso ai servizi attraverso protocolli di collaborazione con MMG, specialisti (salute mentale), UVM, presidi ospedalieri, gestione protesica. È necessario, infine, definire un regolamento distrettuale per l'accesso e l'erogazione degli assegni di cura.

Anche Piacenza riporta l'obiettivo di creare un raccordo tra gli organismi deputati (Commissioni per il riconoscimento di invalidità e della condizione di handicap ex L. 104/92, UVM, Neuropsichiatria) in vista di una revisione delle modalità di valutazione e certificazione della non autosufficienza; inoltre indica la necessità di definire protocolli operativi per le dimissioni assistite e per l'integrazione tra servizi domiciliari sociali e sanitari, protocolli/accordi per l'integrazione della documentazione sociale e sanitaria, protocollo operativo per l'erogazione di prestazioni sanitarie presso le strutture socio-riabilitative per disabili; Fidenza (PR) si concentra sull'integrare i Servizi a favore di persone disabili con i Servizi sanitari opportuni (in particolare Psichiatria e Neuropsichiatria infantile); Riccione (RN) intende garantire percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio e tra i diversi servizi territoriali coinvolti nella presa in carico attraverso la definizione di protocolli operativi (tematica comunque presente in numerosi contesti).

Come già accennato, il potenziamento dell'UVM per l'accesso al sistema dei servizi è elemento presente in molte progettazioni e, come proposto dal distretto Parma Sud est, si tratta anche di sviluppare ulteriormente i protocolli operativi tra Azienda U.S.L. e Aziende Sociali per una migliore valutazione dei progetti individuali di vita e di cura.

Guastalla (RE) si pone l'obiettivo di realizzare incontri per la

condivisione di percorsi ed eventuale stesura di protocolli di intervento con altri servizi, in particolare la Neuropsichiatria infantile, con il coinvolgimento della Scuola e dei rappresentanti delle Associazioni dei familiari. Infine, ma sempre sulla stessa tematica, il distretto Ferrara Centro Nord vuole dare piena attuazione al Protocollo per il passaggio di presa in carico dalla minore alla maggiore età di persone disabili.

Infine, il distretto Parma Sud Est intende costituire linee guida per l'Unità di Valutazione Multidimensionale a livello distrettuale per garantire la continuità della presa in carico e l'affiancamento della famiglia e della persona con disabilità nel percorso di vita e di cure, definendo strumenti condivisi per la valutazione dei bisogni e la definizione di progetti di vita e di cure in relazione alle diverse tipologie ed ai livelli di gravità.

4. Rendere effettiva l'integrazione scolastica

Si tratta di un insieme di obiettivi legati ai servizi, per riuscire a costruire o dare continuità e coerenza al sistema scuola dell'obbligo/scuola superiore/servizi minori/servizi adulti/servizi sociali/servizi sanitari e contesti occupazionali. Si tratta (ad esempio per i distretti di Reggio Emilia, Ponente - PC, Parma ad esempio) di arrivare a definire percorsi chiari ed efficaci di integrazione tra il territorio e scuola.

Parma evidenzia anche obiettivi e necessità di studiare nuovi fenomeni, come ad esempio, gli alunni disabili stranieri, di rafforzare il momento dell'orientamento alla scelta della scuola secondaria di secondo grado, di verificare i percorsi di alternanza scuola/lavoro (sicuramente una opportunità per gli studenti, ma rispetto alla quale occorre monitorare attentamente l'appropriatezza). Sempre Parma sostiene che è necessario riflettere sulle possibili alternative per definire un percorso di alternanza scuola/"altro" che acquisisca una valenza socio-relazionale e propedeutica alle scelte per il futuro personale. Sugli stessi temi, ad esempio, Castelnovo (RE) si propone di progettare, in collaborazione con i partner della rete dei servizi per disabili, percorsi formativi alternativi o/e integrati con la scuola, e Val d'Enza (RE) si propone la collaborazione tra servizi e famiglie per l'orientamento scolastico e per la creazione di percorsi di alternanza scuola/lavoro.

Scandiano (RE) vuole sperimentare ed ampliare la rete dei servizi e delle risorse disponibili per l'attivazione di percorsi educativi individuali e di gruppo per favorire e sostenere occasioni di integrazione nei contesti extrascolastici della popolazione disabile adolescente/adulta, nonché sviluppare ed accrescere le opportunità per i giovani disabili, inseriti nella scuola superiore, di percorsi di alternanza scuola- laboratori.

Infine, una serie di Distretti (ad esempio Parma Sud est, Bologna, Casalecchio di Reno - BO) si pongono obiettivi operativi connessi alla costituzione di équipe distrettuali per la valutazione di progetti per minori disabili in relazione alla scuola, all'appoggio domiciliare, alla piena attuazione degli accordi di programma provinciali ex L.104/1992 sull'integrazione scolastica e formativa dei bambini e alunni con disabilità.

5. Promuovere l'autonomia, la vita di relazione e la vita indipendente

Si tratta di un insieme di obiettivi non legati solo ai servizi, ma anche allo sviluppo della rete, in particolar modo quella appartenente alle organizzazioni del Terzo Settore del territorio.

Innanzitutto, promuovere la vita indipendente richiede lo

sviluppo di professionalità adeguate a definire progetti condivisi con le persone interessate e con le famiglie; richiede inoltre lo sviluppo di opportunità relative al tempo libero e alla partecipazione alla vita sociale eventualmente identificando dei luoghi di aggregazione (anche già esistenti) attraverso la stretta collaborazione con le realtà del privato sociale presenti sul territorio. Riccione e Rimini si pongono l'obiettivo di aumentare i servizi di promozione della socialità in grado di offrire attività ricreative, soggiorni e vacanza; Casalecchio di Reno e Porretta Terme - BO - puntano sul favorire l'integrazione sportiva delle persone disabili. Anche il distretto Parma Sud Est si propone di sperimentare soluzioni innovative in collaborazione con l'associazionismo, il volontariato e la cooperazione sociale. Anche i distretti di Castelnovo (RE) e Pianura Ovest (BO) intendono ampliare le attività ricreative rivolte ai disabili (minori e adulti) relative al tempo libero e le possibilità di inserimento dei disabili in attività frequentate dai normodotati, avendo cura di decentrarle su tutto il territorio del distretto.

In senso lato, si tratta quindi di sostenere e promuovere il dialogo e la costruzione di legami fra servizi dedicati e tessuto sociale della città (Piacenza) al fine di favorire opportunità di incontro, di relazione, di partecipazione delle persone disabili e accrescere il capitale sociale e la comune responsabilità della comunità nel confrontarsi e accogliere la fragilità. In questo senso si colloca l'obiettivo di promuovere eventi e iniziative culturali e di sensibilizzazione rivolti alla città.

Una ulteriore modalità per promuovere la vita di relazione e la vita indipendente viene dalla definizione di obiettivi non tanto legati allo sviluppo delle risorse formali ed informali sul tempo libero, ma all'integrazione di politiche urbane di diversa natura, come evidenzia, ad esempio, il distretto di Bologna che intende integrare gli interventi per il tempo di vita, ovvero mobilità, vacanze, tempo libero.

6. Sostenere e supportare la vita nella propria casa

Anche in questo caso si tratta di un insieme di obiettivi non legati solo ai servizi, ma anche allo sviluppo della rete, in particolar modo quella appartenente alle organizzazioni di Terzo Settore del territorio.

I piani insistono sulla necessità di garantire la possibilità di permanenza nel proprio contesto familiare, rinforzando i servizi di sostegno alla domiciliarità (assistenza domiciliare, accompagnamento nella fase di rientro a casa dopo ricoveri ospedalieri, posti di sollievo o di ricovero temporaneo per situazioni d'emergenza). Particolare attenzione viene posta all'assegno di cura in termini di potenziamento, sperimentazione, ampliamento.

Si tratta anche di sostenere le famiglie di persone con disabilità in tutte le fasi di vita della persona disabile, anche attraverso la costruzione di reti di famiglie e di esperienze di integrazione con il Terzo Settore (come ad esempio Fidenza - PR, Pianura Ovest - BO).

A proposito del sostegno alla famiglia, Ponente (PC) individua obiettivi legati allo sviluppo di servizi dedicati: percorsi di informazione, di accompagnamento, di coinvolgimento delle famiglie con disabili, specialmente con figli piccoli e adolescenti, con la collaborazione dei servizi sociali e sanitari, delle associazioni di volontariato e delle famiglie (attivazione gruppi di auto-mutuo-aiuto, percorsi di psicoterapia, counselling).

Considerando le "gravissime disabilità acquisite" si vogliono

estendere (è il caso del distretto di Riccione - RN) e consolidare i servizi ed interventi domiciliari per tali utenti, nonché promuovere e sviluppare l'accoglienza temporanea di sollievo o emergenza per necessità familiari temporanee o imprevedibili, supporto nella quotidianità (tematica diffusa in molti distretti).

Sono inoltre in atto processi di sviluppo e innovazione: il distretto di Pianura ovest (BO), ad esempio, vuole sperimentare un nuovo servizio a bassa soglia assistenziale per promuovere la vita indipendente ed offrire a utenti giovani-adulti una soluzione abitativa autonoma (comunità alloggio); Val d'Enza (RE) individua nuove soluzioni per l'autonomia, anche per prevenire il problema dell'invecchiamento dei familiari, (innanzitutto abitativa, quali appartamenti protetti ecc); Carpi mira a realizzare azioni rivolte alla sperimentazione di servizi a bassa soglia: si tratta di valutare la possibilità di attivare piccoli gruppi appartamento con finalità abitative per il sostegno di progetti di vita indipendente rivolti a persone con buoni livelli di autonomia.

In ultimo, ma non per importanza, si rileva un discreto numero di Distretti che pone obiettivi legati all'adattamento domestico (Piacenza, Rubicone Costa - FC, Cesena Savio - FC, ad esempio) nell'ambito di quanto previsto dalla DGR 1206/07. Si tratta inoltre, come definisce Riccione, di offrire consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico (CAAD) anche attraverso una capillare attività informativa rivolta agli operatori sociali e alla rete dei servizi in rete sul territorio. Come afferma Carpi (MO), realizzare azioni rivolte allo sviluppo del superamento delle barriere architettoniche significa sviluppare e potenziare gli interventi per favorire l'inclusione sociale e l'autonomia personale. Questo può essere fatto attraverso contributi economici per la mobilità ma anche, appunto, attraverso l'adattamento dell'ambiente domestico. A questo proposito, quindi, occorre garantire continuità al funzionamento del CAAD provinciale a supporto delle famiglie e dei soggetti che necessitano consulenza nell'ambito del superamento delle barriere architettoniche.

Trattando di mobilità, si segnala l'attenzione posta allo sviluppo territoriale di un sistema di trasporti compatibile con i bisogni della popolazione target e alla promozione di forme di trasporto per l'accesso a cure mediche, luoghi di lavoro e di socializzazione (ad esempio, Parma Sud Est, Carpi - MO, Bologna, Ferrara Centro Nord, Rubicone Costa - FC, Riccione, Rimini, Valli Taro Ceno - PR, Scandiano - RE, Val D'Enza - RE, Ravenna).

7. Sostenere il ricorso agli istituti di tutela, in particolare l'amministratore di sostegno

Sono diversi i Distretti che si propongono di sostenere il ricorso agli istituti di tutela, in particolare l'amministratore di sostegno (Piacenza): si tratta, come servizi, di attivare la formazione e la promozione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno a favore delle famiglie, degli operatori dei servizi pubblici, del privato sociale, dell'associazionismo e della cittadinanza. Il distretto Sud Est (PR) vuole inoltre verificare la possibilità di istituire un ufficio distrettuale per lo svolgimento delle competenze relative al ruolo di amministratore di sostegno al fine di garantire un migliore servizio.

In generale, quindi, come evidenziato da Riccione e Rimini, occorre promuovere la conoscenza e l'utilizzo da parte delle famiglie dei disabili di tutte le misure di tutela giuridica oggi disponibili, fra cui quella dell'amministratore di sostegno.

8. Potenziare i percorsi per il lavoro

Anche in questo caso si tratta di un insieme di obiettivi non legati solo ai servizi, ma anche allo sviluppo della rete, in particolare modo quella appartenente alle organizzazioni di Terzo Settore del territorio.

Innanzitutto, come indica il distretto di Reggio Emilia, si tratta di costruire nuove alleanze con il mondo politico e produttivo sul tema del lavoro.

Alcuni distretti parmensi (Parma città e Sud Est) poi evidenziano la necessità di connettere in modo proficuo le opportunità di lavoro con le effettive capacità di svolgere le mansioni richieste: in tal senso ci si propone di dare attuazione ai protocolli di collaborazione tra distretto e Provincia, tra il SILD e i servizi dei comuni per l'inserimento lavorativo. In particolare, il distretto Sud Est vuole incrementare e sviluppare la collaborazione già in atto tra i servizi sociali e sanitari e la Provincia SILD/Centro Impiego, già operativa come buona prassi nel progetto "Ecro" e attivare l'Intesa di coordinamento tra Provincia, Azienda U.S.L. ed i Comuni del distretto Sud Est per la promozione di progetti di inserimento lavorativo di persone disabili con particolare attenzione ai casi multiproblematici (Fondo Regionale 2008/2010 Legge 68/99 art.14). Si tratta poi di cambiare la logica del progetto di lavoro, elaborando progetti personalizzati per il lavoro coinvolgendo le imprese per valorizzare, incentivare e promuovere la responsabilità sociale delle stesse. Anche Bologna vuole sviluppare percorsi per il passaggio da interventi di sostegno, basati sulle borse lavoro, a percorsi di formazione, accompagnamento, occasioni di lavoro socialmente utili, maggiormente integrati in un specifico progetto lavoro.

Inoltre, il distretto Centro nord, sul tema lavoro vuole razionalizzare ed unificare le azioni per gli inserimenti lavorativi per una programmazione che vada anche oltre i confini delle aree del piano sociale e sanitario integrando le azioni istituzionali, del Terzo Settore e della Provincia. Si tratta poi di potenziare anche l'offerta di laboratori socio occupazionali e, contemporaneamente, di promuovere lo sviluppo della cooperazione sociale, e infine di esperienze basate sul telelavoro.

9. Rimodulare la rete dei servizi residenziali e diurni al fine di strutturare risposte ancor più differenziate e in grado di intercettare i bisogni emergenti

Si tratta di un insieme di obiettivi legati ai servizi, dalla definizione dei nuclei residenziali per le disabilità gravissime acquisite di cui alla DGR 2068/2004, di caratterizzare i centri residenziali e semiresidenziali in relazione a tipologie di utenti con bisogni omogenei (Piacenza), ma anche di ampliare gli orari ed i giorni di apertura dei Centri semiresidenziali e, più in generale, di potenziare l'offerta semiresidenziale con l'apertura di nuovi Centri Diurni (ad esempio a Parma Sud Est). In questo caso, come evidenzia Scandiano (RE), occorre sostenere il lavoro di cura delle famiglie attraverso la sperimentazione di nuove forme di apertura dei centri diurni, garantendo sistemi di apertura straordinaria per frazioni di ore, per i sabati sera e la domenica pomeriggio.

Un ulteriore aspetto, evidenziato in particolare dal distretto di Forlì, è la necessità di fornire nuove risposte di tipo sanitario all'interno delle strutture diurne e residenziali che accolgono persone con particolari disabilità: interventi professionali specifici da parte di operatori socio-sanitari (OSS) e di infermieri professionali, nonché consulenze specialistiche (ad esempio, nutrizionista). Dal punto di vista dei servizi residenziali, si in-

dividua l'obiettivo di prevedere posti ad alta intensità assistenziale, nell'ambito delle strutture già esistenti (es. RSA), per disabili con patologie acquisite il cui bisogno prevalente è di tipo sanitario a fronte anche di situazioni sociali e familiari multiproblematiche.

10. Rispondere ai bisogni del Dopo di Noi

Innanzitutto, occorre monitorare il bisogno relativo alle famiglie con un solo genitore e le situazioni ad alto rischio. Occorre poi sperimentare soluzioni innovative, in collaborazione con l'associazionismo, la cooperazione sociale, il volontariato e, contemporaneamente, sostenere percorsi di autonomia e di vita indipendente anche nel "durante noi".

Diversi sono i distretti che trattano questo tema: a titolo esemplificativo, il distretto di Sassuolo (MO) intende sostenere soluzioni residenziali "Dopo di Noi" che stimolino nuove convivenze dei soggetti disabili con altri "pari", o là dove possibile, in autonomia, in contesti abitativi che garantiscano la presenza di una rete di strutture e infrastrutture che supportino lo svolgimento della quotidianità nel rispetto di un buon stile di vita.

Infine, alcuni distretti, come ad esempio Riccione, promuovono accordi con gli Enti gestori di strutture residenziali o gruppi appartamento per disabili per predisporre un significativo piano distrettuale di aumento dei posti letto riservati al target ed eventualmente ai loro familiari, attraverso il consolidamento di programmi territoriali "Dopo di noi" e la sperimentazione di alloggi con servizi e piccoli gruppi appartamento per realizzare progetti di vita indipendente per persone con disabilità lievi e livelli di autonomia adeguati.

11. Formare e aggiornare gli operatori

Si tratta di obiettivi che mirano ad aumentare le competenze e le conoscenze degli operatori del pubblico e/o del privato sociale. Questa tipologia, a differenza delle precedenti, non ha una casistica significativa dal punto di vista quantitativo: pochi distretti individuano infatti specifici obiettivi in tal senso. Nonostante ciò, si reputa opportuno riportare quanto individuato in sede distrettuale.

Il distretto di Ponente (PC) si propone di qualificare e specializzare le competenze degli operatori rispetto ai bisogni connessi alla disabilità, alla capacità di operare in modo integrato, di mettere in rete risorse e strumenti e creare collegamenti operativi tra enti e soggetti coinvolti nella gestione dei disabili (scuole, formazione professionale, ospedale, servizi territoriali), con particolare attenzione ad alcune aree di bisogno emergenti (ad esempio, l'autismo).

Il distretto Parma Sud Est vuole promuovere specifiche iniziative di formazione e aggiornamento per gli operatori sociali, in modo tale da garantire nel settore sociale competenze specifiche sulla disabilità e favorire l'integrazione con i servizi sanitari (Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento salute mentale, servizi di riabilitazione, cure primarie). Scandiano ha l'obiettivo di avviare un percorso di formazione tra servizi pubblici, privato sociale e famiglie sul tema specifico del "Dopo di Noi", per arrivare alla costruzione partecipata di forme associative. Infine, si riporta il distretto di Ravenna, il quale, sul tema formazione e mediazione al lavoro vuole sviluppare un piano di sostegno formativo triennale per operatori, familiari e altri soggetti da coinvolgere nella rete (ad esempio, i volontari), per facilitare l'implementazione di strategie di sostegno maggiormente mirate, qualificate ed integrate.

3.7 Area Giovani

N° Distretti interessati: 18

Distretti: Piacenza, Parma, Sud Est (PR), Valli Taro Ceno (PR), Scandiano (RE), Mirandola (MO), Modena, Casalecchio di Reno (BO), Pianura Est (BO), Porretta Terme (BO), San Lazzaro di Savena (BO), Pianura Ovest (BO), Centro Nord (FE), Ravenna, Cesena Savio (FC), Rubicone Costa, Riccione (RN), Rimini

N° "tabelle 1" in cui è stato selezionato solo questo target: 26

3.7.1 Tipologie di bisogni prevalenti

Le difficoltà individuate dai Piani riguardo alle generazioni più giovani, sono, da un lato, connesse alle generali difficoltà di integrazione (lavorativa, abitativa, ecc.) ed autonomia delle fasce "deboli", dall'altro lato, sono rilevati valori e stili di vita specifici per questo gruppo, che possono essere dannosi per la salute ed il benessere. Le "tabelle 1" relative all'area giovani presentano bisogni e obiettivi costruiti dalla doppia logica che caratterizza tutte le aree dei Piani distrettuali, ma che qui appare ancora più esplicita: l'ottica "riparativa", in supporto di situazioni già compromesse e problematiche, e quella preventiva e promozionale del benessere e della salute di questi cittadini in crescita.

Una nuova
attenzione
per i giovani

Di fronte ad una fascia della popolazione molto variegata e caratterizzata da "confini" scarsamente definibili (rispetto ad età, provenienza, esigenze, ecc.) una delle problematiche individuate dai Distretti è quella della conoscenza e lettura dei suoi bisogni. Ciò si ripercuote anche sulle politiche, per le quali si evidenzia una certa frammentazione.

I Distretti di Modena e Rubicone Costa (FC) sono tra i pochi a presentare i risultati di indagini svolte sul territorio, specifiche per questo gruppo di cittadini. Anche il distretto di Levante di Piacenza si concentra particolarmente sull'analisi dei bisogni mettendo a sistema le informazioni disponibili.

Alla difficoltà di avere una visione del "fenomeno" complessiva si affianca quella di rintracciare e mettere "in rete" le risorse disponibili ed i soggetti che se ne occupano. Forse per questa ragione, nella maggior parte dei Piani, l'analisi dei bisogni è per lo più mescolata agli obiettivi e alla rilevazione delle azioni già previste dai servizi.

Un'esigenza rilevata in molti dei Piani è quella di realizzare gran parte degli interventi in questa area direttamente sul territorio, con azioni di prossimità e "di strada", cioè nei luoghi di vita frequentati dai giovani. Si consolida e si sviluppa, insomma, l'idea che i servizi debbano sempre di più costituire punti di accesso ed ascolto rivolti ad un gruppo sociale che difficilmente vi si rivolge in modo spontaneo. Anche perché l'obiettivo è, come si diceva, quello di intervenire preventivamente sulle problematiche e promuovere azioni rivolte al benessere, non solo "riparative".

...avvicinarsi
ai luoghi
di vita dei
ragazzi e...
avvicinarli alle
istituzioni...

I Distretti di Piacenza, Parma, Sud Est di Parma, Valli Taro Ceno (PR) e Mirandola (MO) prevedono una continuità o un potenziamento di questo genere di azioni, realizzate nell'ambito degli spazi informali di aggregazione, tramite "unità mobili" ed interventi di

strada, a scuola, nei luoghi di formazione, lavoro, divertimento. Occorre, inoltre, continuare ad offrire ai giovani luoghi (più o meno) strutturati di socializzazione, espressione e creatività, come i Centri di aggregazione, alternativi a quelli informali, anche virtuali, percepiti come "a rischio". I Distretti di Parma, Sud Est di Parma, Valli Taro Ceno, Scandiano, Mirandola, San Lazzaro di Savena, Centro Nord di Ferrara, Cesena Savio e Riccione si propongono di attivarsi in tal senso.

In tali luoghi educativi, ci si propone di stimolare la partecipazione e la cittadinanza attiva, sostenendo l'associazionismo e la progettualità giovanile (Distretti Sud Est Parma e San Lazzaro di Savena - BO) e favorendo l'autonomia e la responsabilità nei giovani (Distretti di Parma e Sud Est di Parma).

Sul primo obiettivo, l'indagine svolta a Modena indica una disposizione significativa dei giovani al volontariato, alla vita della città, all'associazionismo culturale ed allo sport, minore interesse emerge riguardo all'impegno politico.

Sul secondo obiettivo, cioè quello di incoraggiare e supportare l'autonomia, si segnala la difficoltà di una situazione occupazionale scarsa e precaria, che è problematica per tutti ed in modo particolare per chi intraprende ora l'attività lavorativa ed ambisce a rendersi indipendente dalla famiglia di provenienza. Ciò, infatti, si ripercuote anche sulle possibilità di integrazione abitativa, minando i due principali fondamenti dell'autonomia. In questo ambito, ci si propone di contrastare l'abbandono precoce della formazione e la dispersione scolastica, per rafforzare le capacità da spendere nel mercato del lavoro. Si propongono di agire in tal senso i Distretti di Parma, Sud Est (PR), Scandiano (RE), Modena, San Lazzaro di Savena (BO), Centro Nord di Ferrara, Rubicone Costa (FC).

Il Piano di Zona di Cesena Savio (FC) evidenzia come la difficoltà di intraprendere azioni efficaci in questa direzione sia anche connessa alla percezione diffusa da parte dei giovani che la formazione non sia garanzia di un lavoro qualificato e stabile e che consenta comunque di raggiungere l'autonomia. Il distretto di Modena, insieme ad altri distretti, aggiunge che i giovani sarebbero anche orientati alla famiglia ed alla costruzione di una propria dimensione di benessere individuale (meno a quella politica), ma che emergono nella società, in particolare nel mondo del lavoro, significativi ostacoli alla realizzazione di tali istanze.

Viene rilevata per questa fascia d'età, una ricerca di identità "alternativa" e di una spensieratezza estrema che possono condurli a mettere in atto stili di vita e comportamenti considerati "a rischio":

- il consumo, l'abuso, la dipendenza da alcool e sostanze, con possibili ricadute irreversibili, ad esempio riguardo alla salute mentale;
- l'assunzione di atteggiamenti spericolati (ad esempio nella guida), aggressivi (ad esempio nel bullismo) o violenti (ad esempio nel vandalismo);
- comportamenti alimentari dannosi, che possono condurre a veri e propri disturbi dell'alimentazione;
- condotte sessuali pericolose per la salute o che espongono a gravidanze indesiderate.

I Distretti di Piacenza, Parma, Sud Est di Parma, Valli Taro Ceno, Casalecchio di Reno, Pianura Est e Pianura Ovest di Bologna, Porretta Terme, San Lazzaro di Savena, Ravenna, Rubicone Costa e Centro Nord di Ferrara rilevano in questa dimensione un ambito sul quale agire, anche con azioni conoscitive, sia in un'ottica preventiva che a contrasto dei comportamenti che mettono a rischio la salute

ed il benessere sociale dei giovani.

Anche in questa fascia d'età, ovviamente, vengono individuati sottogruppi più fragili degli altri: i giovani disabili, con disagio mentale, provenienti da Paesi stranieri o di seconda generazione, ecc. I Distretti di Mirandola, Pianura Ovest di Bologna, San Lazzaro di Savena, Centro Nord di Ferrara, Ravenna, Cesena Savio e Riccione evidenziano la necessità di intervenire a tutela ed a favore di questi target.

Si segnala molto di frequente, la necessità di superare la frammentazione tra i soggetti attivi, formalmente ed informalmente, in questa area, stabilendo "un'alleanza educativa" fondata su una migliore conoscenza di questa fascia della popolazione, su una visione complessiva e, quindi, su strategie politiche organiche ed alla programmazione e realizzazione di interventi coordinati tra di loro.

...Fare rete
nei servizi
per conoscere
e per agire...

La scarsa conoscenza dei bisogni dei giovani si intreccia, infatti, con la necessità di mappare le risorse e le opportunità disponibili e ricomporre il tutto in un quadro complessivo che consenta la costruzione, anche in questa area, di una "rete" co-orientata agli stessi obiettivi e ad azioni

condivise, senza sovrapposizione e dispersione di energie e risorse.

I Distretti di Piacenza, Parma, Sud Est di Parma, Scandiano (RE), Mirandola (MO), Casalecchio di Reno (BO), San Lazzaro di Savena (BO) e Porretta Terme (BO) rilevano il bisogno di rafforzarsi nella lettura di bisogni e risorse e loro messa in "rete".

Particolare cura, per il soddisfacimento di questi bisogni, necessita la formazione degli operatori ed il coordinamento delle professionalità, rilevata dai Distretti Sud Est di Parma e Casalecchio di Reno.

Non ultima, emerge la necessità di supporto delle figure di riferimento di giovani, in particolare di genitori ed insegnanti, segnalata, ad esempio dal distretto Centro Nord di Ferrara, per rafforzare le capacità di comunicazione e sostegno dei più giovani (distretto di Piacenza).

3.7.2 Tipologie di obiettivi prevalenti

Come per i bisogni, anche gli obiettivi previsti in area giovani, possono essere suddivisi tra quelli orientati alla prevenzione ed alla promozione del benessere e quelli di supporto, riparazione, riduzione del danno, "recupero" di situazioni già compromesse.

Nella prima area, prevenzione e promozione del benessere, emergono interventi di promozione della partecipazione sociale e della cittadinanza attiva. Diversi Distretti rilevano l'importanza dello strumento del Servizio civile per questa finalità, da continuare e possibilmente rafforzare. I Distretti di Piacenza, Sud Est di Parma, Mirandola (MO), Pianura Est (BO), San Lazzaro di Savena (BO), Cesena Savio (FC), Rubicone Costa (FC) intendono agire in tal senso. Altre soluzioni proposte dai territori per il coinvolgimento dei giovani nella vita pubblica sono: l'attivazione di consulte, forum o altre forme di rappresentanza (Sud Est di Parma, Cesena Savio), dei consigli comunali dei ragazzi (Mirandola - MO); il supporto all'associazionismo giovanile, al volontariato ed alle iniziative spontanee promosse in questo ambito (Sud Est di Parma, Valli Taro Ceno - PR, Scandiano - RE, Mirandola - MO, Modena, San Lazzaro di Savena, Pianura Ovest di Bologna, Rubicone Costa).

Si aggiunge la promozione di iniziative e spazi di socializzazione, cultura, arte, creatività e libera espressione, menzionate da tutti i Distretti, anche in collaborazione con le scuole (Cesena Savio), nelle scuole e nei luoghi di aggregazione giovanile (ad esempio, nei Distretti Rubicone Costa – FC e Rimini). Tra le iniziative da promuovere in questi luoghi, si propongono quelle volte a favorire la comunicazione inter-generazionale (Piacenza, Rubicone Costa).

Questi spazi sono anche considerati punti di riferimento per il contatto tra i servizi ed i giovani che affrontano momenti di difficoltà, e con gli adulti di riferimento (San Lazzaro di Savena), come i genitori e gli insegnanti. Luoghi dove rafforzare la presenza dei servizi e le occasioni di ascolto, ma anche rilevazione ed osservazione dei bisogni e del disagio. I Distretti di Piacenza, Sud Est di Parma, Mirandola, Pianura Est di Bologna, Cesena Savio, Rubicone Costa e Rimini intendono procedere in questo senso.

Azioni volte a monitorare i bisogni dei giovani, leggere ed interpretare le loro esigenze emergono anche a Parma, Sud Est di Parma e Modena; il distretto Centro Nord di Ferrara aggiunge come punto di attenzione in questo ambito, il tema della diversità di “ genere ” .

I punti di accesso per agevolare la comunicazione sui servizi per le giovani generazioni, come gli sportelli, sono da intendersi e da rafforzare anche come utili canali di trasmissione di informazioni sulle opportunità presenti sul territorio. Occorre migliorare la rete delle informazioni: questo è uno degli obiettivi emersi nei Distretti di Sud Est Parma (tramite uno sportello distrettuale), Valli Taro Ceno, Scandiano, Cesena Savio, Rubicone Costa, Rimini, Casalecchio di Reno. Ma occorre anche rafforzare, più in generale, la rete degli attori, istituzionali e non, impegnati in questa area: pressoché tutti i Distretti intendono agire in questo senso, mappando le risorse, attivando tavoli tematici specifici, formando gli operatori e gli altri adulti di riferimento (insegnanti, genitori, ecc.) e coinvolgendo la società civile. In alcuni Distretti, emerge l'obiettivo di realizzare vere e proprie azioni di sistema: come la creazione di un “ portafoglio ” delle politiche giovanili, come nei Distretti di Casalecchio di Reno e Porretta Terme.

Un altro ambito di intervento, già rilevato riguardo ai bisogni, è quello del sostegno alla progettualità ed all'autonomia dei giovani: tra i Distretti che intendono agire a tal proposito, quelli di Piacenza, Mirandola e Centro Nord di Ferrara. Il distretto Pianura Est di Bologna precisa ed evidenzia la volontà di intervenire sul problema dell'autonomia abitativa dei giovani. Diversi altri Distretti si concentrano sulla situazione lavorativa, che deve essere, in primo luogo, monitorata (Scandiano e Modena). Le azioni di intervento previste, ad esempio dai Distretti Centro Nord di Ferrara, San Lazzaro di Savena e Rubicone Costa, riguardano il sostegno nell'accesso all'informazione, alla formazione, all'imprenditorialità giovanile. Specifici obiettivi di prevenzione e contrasto dell'abbandono scolastico si propongono nei Distretti di Modena, Centro Nord di Ferrara (con particolare attenzione ai ragazzi stranieri) e Rubicone Costa.

In genere, l'interculturalità è proposta come un'opportunità per le giovani generazioni. Su questo tema è dedicata un'attenzione specifica alle seconde generazioni ed ai giovani immigrati, ma anche alla possibilità di scambi culturali con altre zone, in particolare dell'Europa. Citano obiettivi di intervento in questo ambito i Distretti di Parma, Modena, San Lazzaro di Savena, Centro Nord di Ferrara, Ravenna, Cesena

Savio, Rubicone Costa e Rimini.

Infine, una parte significativa degli obiettivi riguarda la prevenzione del rischio, la riduzione del danno e l'intervento sul disagio conclamato. In genere, su queste problematiche, si prediligono gli interventi di prossimità: l'educativa di strada, gli sportelli nelle scuole, ecc. Tutti i Distretti programmano di intervenire in questo senso. Alcuni di essi, rilevano la presenza e la necessità di intervenire su gruppi giovanili con specifiche forme di disagio o difficoltà: ad esempio, il distretto di Cesena Savio segnala i giovani con disabilità e Rubicone Costa le patologie psichiatriche.

3.8 Area salute mentale

N° Distretti interessati: 15

Distretti: Parma, Sud Est (PR), Valli Taro Ceno (PR), Guastalla (RE), Carpi (MO), Pianura Est (BO), Pianura Ovest (BO), Centro Nord (FE), Sud Est (FE), Ravenna, Cesena Savio (FC), Forlì, Rubicone Costa (FC), Riccione (RN), Rimini

N° “ tabelle 1 ” in cui è stato selezionato solo questo target: 26

3.8.1 Tipologie di bisogni prevalenti

La lettura di questa area è complessa e articolata: si tratta infatti di un'area ad alta integrazione socio-sanitaria, che presenta un'ampia articolazione interna dei destinatari e che richiama specifici target (anziani, minori, giovani, adulti). Inoltre è anche un'area per la quale a livello regionale si stava perfezionando, all'epoca della stesura dei Piani triennali, un Piano attuativo regionale Salute mentale 2009-2011 (cfr comunicazione regionale del 09.02.2009, PG 32743), citato da alcuni distretti, che contiene, tra l'altro, un piano di riorganizzazione della rete dei Servizi sociosanitari per la salute mentale. Si tratta pertanto di un'area in “ trasformazione ” . Alcuni Distretti segnalano la diffusione dei disturbi mentali in generale (distretto di Rimini) per tutte le fasce d'età (Sud Est di Parma), quindi la crescita del numero dei ricoveri per questo tipo di disagio (Cesena Savio) e degli accessi al Centro di salute mentale (Riccione, RN); altri territori individuano target prioritari, nuovi o particolarmente problematici ai quali orientare gli interventi.

La
“trasversalità”
dei bisogni...

In primo luogo, emerge il bisogno degli anziani: la popolazione in questa fascia d'età è in crescita, aumenta quindi la necessità di assistenza soprattutto per disturbi cognitivi o legati alla demenza, come segnalato, ad esempio, dai Distretti di Parma e Carpi (e, come si è visto, ampiamente segnalato anche rispetto allo specifico target “ anziani ”).

In riferimento ai minori, il primo punto di attenzione è sulla diagnosi precoce, rispetto alla quale occorre consolidare e sviluppare gli strumenti (Distretti di Parma e Carpi - MO), ad esempio, rafforzando i collegamenti tra i servizi specializzati ed i pediatri di base (distretto Sud Est di Ferrara), anche per evitare l'istituzionalizzazione (distretto Pianura Ovest di Bologna). Inoltre, emerge la necessità di supporto alla famiglia del minore (Riccione), soprattutto se problematica (distretto Sud Est di Ferrara).

Alcuni Distretti rivolgono l'attenzione anche alla fascia degli adolescenti e preadolescenti, rispetto ai quali emerge la ne-

cessità di potenziare le azioni di prevenzione delle dipendenze patologiche (distretto di Carpi), dell'abuso di sostanze e degli incidenti stradali (distretto di Guastalla). Si registra, infatti, un aumento dei disturbi psichici causati da abuso di sostanze nei giovani (distretto Sud Est di Ferrara).

Si segnala la complessità che richiede affrontare i bisogni espressi dagli adulti, soprattutto se si tratta di genitori di minori (Parma). Qui, infatti, l'intervento si orienta, oltre che alla riabilitazione dal punto di vista della salute, della cura di sé e delle relazioni, anche al recupero di un'autonomia lavorativa, abitativa ed economica. Ulteriori difficoltà si presentano per fasce di popolazione ulteriormente in difficoltà, come i detenuti (Carpi), i cittadini stranieri (per i quali il distretto Sud Est di Ferrara segnala un aumento di problematiche legate al consumo di alcool), le persone in condizioni di povertà e grave marginalità (Carpi). Infine, alcuni Distretti (Cesena Savio e Rubicone Costa), segnalano la crescita dei disturbi depressivi, che coinvolgono soprattutto le donne e che, essendo spesso sottovalutati, non sempre arrivano ai servizi.

Oltre alla persone che presentano problematiche di disagio mentale, occorre sostenere i nuclei familiari che li supportano e se ne prendono cura (Distretti di Riccione e Rimini), anche dal punto di vista economico (Distretti di Valli Taro Ceno e Rimini). In particolare nei periodi di acutizzazione e per i casi cronici, occorre alleviare le difficoltà delle famiglie, anche con ricoveri momentanei. Il distretto Sud Est di Ferrara, esprime una particolare esigenza da questo punto di vista, dal momento che questo territorio, facendo riferimento a strutture extraprovinciali, invia le persone in contesti lontani dai servizi, con problemi di continuità assistenziale, e dalla famiglia.

Bisogno di "autonomia"...

In generale, tutti i Piani prevedono il rafforzamento degli interventi orientati all'autonomia delle persone con disagio mentale. Certamente le diverse sfumature che questo può assumere, lo rendono di volta in volta più o meno complesso. L'autonomia è perseguita tramite l'integrazione lavorativa, da rafforzare per i Distretti Sud Est di Parma, Valli Taro Ceno (PR), Carpi (MO), Rubicone Costa (FC), Riccione e Rimini. Ma anche con l'integrazione abitativa, in particolare nei Distretti di Valli Taro Ceno (PR), Ravenna, Rubicone Costa e Rimini.

Si tratta di interventi che vanno costruiti nell'ambito di un piano riabilitativo più complessivo, con un'attenzione specifica per i percorsi di malattia più lunghi (Distretti di Cesena Savio e Riccione), che prevedono il rafforzamento o la ricostruzione di altre capacità di integrazione, come quelle di cura del sé e della propria salute, relazionali, di socializzazione, ecc. Il distretto Sud Est di Ferrara, ad esempio, esprime l'esigenza di spazi per i minori, per la socializzazione con i "pari".

Di fronte a tanta complessità del bisogno, l'intervento a supporto della persona con problemi di salute mentale deve essere individualizzato (Distretti di Parma e Valli Taro Ceno - PR), costruito con la partecipazione della persona stessa. L'ascolto di chi accede ai servizi, infatti, è un momento fondamentale, non solo per l'attivazione di un progetto terapeutico e di integrazione adeguato alle sue specifiche difficoltà, potenzialità ed ai suoi desideri, ma anche per il miglioramento della qualità dei servizi (distretto di Ravenna).

...sensibilizzazione del contesto ed individualizzazione degli interventi...

Per interventi che agiscono contemporaneamente su più ambiti del bisogno occorre una presa in carico congiunta, in rete (Parma, Valli Taro Ceno, Carpi), tra servizi, istituzioni pubbliche (servizi sanitari, enti locali, scuole, ecc.), organizzazioni di volontariato, cooperative di tipo A e B, ecc.

La rete ha bisogno di essere costruita, rafforzata, curata nel tempo, occorre quindi investire in tal senso.

Se l'obiettivo dell'intervento in area salute mentale è quello di costruire percorsi di autonomia dai servizi è facile comprendere perché, in quasi tutti i Piani, emerge una particolare attenzione e cura per il contesto in cui il disagio si crea (Distretti di Parma e Carpi) e deve essere risolto, facendo emergere le risorse disponibili e i punti di forza. L'intervento, infatti, deve svolgersi principalmente nel luogo di "radicamento" della persona (distretto di Parma). La modalità che va quindi privilegiata e rafforzata è quella domiciliare (Distretti di Guastalla e Carpi), che necessita di servizi più possibile capaci di avvicinarsi al territorio e di prendersi cura delle persone nel proprio contesto di vita. Le soluzioni che i Distretti propongono a sostegno di questo tipo di intervento sono: la creazione di spazi di socializzazione e integrazione (distretto di Valli Taro Ceno), fruibili anche da chi sta in struttura (Sud Est di Parma); la possibilità di servizi in day hospital, che consentano di proporre un'assistenza giornaliera (Forlì); l'attivazione di percorsi di dimissioni protette (Centro Nord di Ferrara); l'incremento dell'affido familiare, che consenta di attivare le famiglie sul territorio, per non dover ricorrere a nuclei lontani, indebolendo il legame della persona col contesto, con la famiglia d'origine e interrompendo la continuità dell'intervento (Sud Est Ferrara).

Perché l'intervento sul contesto sia agevolato ed abbia successo, occorre anche incrementare le azioni di sensibilizzazione, che consentano di superare lo stigma legato al disagio mentale (Distretti Sud Est di Parma, Riccione e Rimini), il quale crea difficoltà di inserimento lavorativo, abitativo, relazionale, ecc. Per fare un esempio, uno dei progetti orientati a questo fine, che emerge dall'analisi delle "tabelle 1", riguarda lo sviluppo di un percorso di socializzazione per i giovani con problemi di disagio mentale e di sensibilizzazione alla popolazione, tramite lo strumento del teatro (distretto Sud Est di Ferrara).

I "bisogni dei servizi": cura dell'accesso, rete con il territorio e con la comunità

In primo luogo, i Distretti segnalano alcune problematiche relative all'accesso dei cittadini ai servizi per la salute mentale: occorre che i servizi compiano un ulteriore sforzo per avvicinarsi al territorio (distretto di Carpi). I dati e le informazioni che emergono dagli studi svolti a livello locale e regionale e dalle indagini degli osservatori epidemiologici, mostrano che una parte della popolazione con problemi connessi al disagio mentale non si rivolge ai servizi oppure non aderisce ai percorsi di cura (distretto di Parma).

La depressione, ad esempio, è un problema spesso sottovalutato (Distretti di Cesena Savio e Rubicone Costa); mentre gli adolescenti emergono come un gruppo problematico al quale è necessario facilitare l'accesso (distretto di Guastalla). Il distretto di Carpi evidenzia la necessità di migliorare la risposta all'emergenza, mentre il distretto Sud Est di Ferrara

esprime il bisogno di attivare possibilità di trasporto "ausiliarie", per garantire e facilitare l'accesso di tutta la popolazione del distretto.

Se da un lato, sono i servizi a doversi meglio "calare" nel territorio, dall'altro, occorre che il territorio sia stimolato ad avvicinarsi ai servizi, nel senso che si ritiene auspicabile che i soggetti sensibili, come il volontariato, e vicini ai cittadini, come la scuola, diventino sempre più spesso fonti di informazione, segnalazione, collaborazione con i servizi specializzati nella cura della salute mentale, perché le diagnosi siano più precoci possibile e si riescano ad attivare, anche e sempre più spesso, interventi di prevenzione, oltre che di cura e riabilitazione.

Infatti, come per diverse delle altre aree di bisogno, anche rispetto alla salute mentale, la parola chiave rimane "fare rete", rafforzarla, ampliarla, migliorarla, curarla. La frammentazione dei servizi, infatti, causa l'isolamento delle persone in disagio e la difficoltà di attivare percorsi complessi di integrazione. Sono numerosi i Distretti che mettono in evidenza questo tipo di bisogni, rispetto al quale occorre coordinare enti, servizi, settori, sulle programmazioni e nell'operatività, definire i ruoli ed evitare sovrapposizioni delle diverse professionalità (Distretti di Parma, Sud Est di Parma, Guastalla, Carpi, Pianura Est di Bologna, Centro Nord di Ferrara, Sud Est di Ferrara e Riccione).

Alcuni territori, sottolineano l'importanza di attivare in maniera più significativa la comunità, rispetto all'accoglienza ed all'integrazione delle persone con disagio mentale: soggetti pubblici, come gli enti locali e scuola, son chiamati ad agire in modo coordinato col Terzo Settore, le aziende e tutti i soggetti disponibili nell'ambito della cosiddetta società civile (Distretti di Guastalla, Rubicone Costa e Riccione). Per raggiungere questo obiettivo, il distretto Sud Est di Ferrara si propone di realizzare percorsi di formazione congiunta rivolta a questi soggetti.

3.8.2 Tipologie di obiettivi prevalenti

In gran parte, come prevedibile e come già emerso in altre aree analizzate, gli obiettivi stabiliti dai Piani sono abbastanza speculari ai bisogni appena evidenziati. In primo luogo, in relazione alla necessità di fare rete: l'obiettivo di costruire e rafforzare la rete territoriale tra politiche, tra servizi e tra istituzioni e soggetti della comunità, emerge in tutti i Distretti, con varie soluzioni: stabilire protocolli, tavoli di lavoro, percorsi di formazione professionale condivisi per gli operatori, mappare le risorse e gli attori pubblici e privati, profit e no profit, presenti ed attivabili nel contesto, stabilire procedure di coordinamento e presa in carico congiunta, migliorare la comunicazione attraverso i mezzi informatici, anche costruendo banche dati condivise, ecc. In alcuni casi, si fa riferimento a questo obiettivo in riferimento ad alcuni target specifici e particolarmente complessi, come le dipendenze patologiche nel distretto di Rimini, le persone afferenti all'OPG nel caso di Guastalla (RE), la prevenzione e l'intervento su minori e giovani a Valli Taro Ceno (PR).

In molti casi, gli obiettivi sono una declinazione o comunque una sintesi di programmazioni specifiche in area salute mentale, in particolare in relazione al fondo non autosufficienza. Ad esempio, i Distretti di Parma, Carpi (MO), Sud Est Ferrara, Cesena Savio (FC) fanno riferimento a questi piani.

Come già emerso nell'ambito dei bisogni, è auspicato l'intervento nell'ambito di vita della persona, che consente di at-

tingere alle risorse informali ivi presenti ed evitare l'isolamento. Tra i Distretti che si orientano in tal senso, ci sono quelli del Sud Est di Parma, Pianura Est di Bologna, Riccione e Rimini. Il distretto di Valli Taro Ceno (PR), infine, sottolinea la necessità di omogeneizzare i territori dal punto di vista delle opportunità disponibili, anche rafforzando i trasporti per agevolare l'accesso.

La dimensione privilegiata per l'intervento è, quindi, quella domiciliare, supportata specialmente da interventi semiresidenziali (es. l'attivazione del Day Hospital a Forlì) e di prossimità, come le dimissioni protette (Centro Nord Ferrara). I Distretti di Valli Taro Ceno (PR), Cesena Savio (FC), Centro Nord di Ferrara, Forlì, Rubicone Costa (FC), Riccione e Rimini prevedono di intervenire per il rafforzamento di questa dimensione.

A partire dall'analisi del bisogno e delle risorse disponibili nella persona e nel contesto in cui si trova, occorre costruire e sviluppare progetti di intervento personalizzati: i Distretti Sud Est di Parma, Guastalla, Forlì, Rubicone Costa, Riccione e Rimini prevedono di agire in tal senso.

L'obiettivo, per tutti, è quello dell'autonomia della persona nel proprio contesto di vita, da perseguire con:

- l'inserimento lavorativo e la formazione: i Distretti Sud Est di Parma, Guastalla, Sud Est di Ferrara, Forlì, Riccione, Rimini, hanno già progetti in tal senso ai quali garantire continuità e sviluppo o prevedono di attivarli;
- l'autonomia abitativa: il distretto di Ravenna, ad esempio, prevede di rafforzare l'intervento in tal senso, con il reperimento di alloggi a costo agevolato e contributi per le spese connesse all'abitare; anche i Distretti Rubicone Costa e Rimini prevedono interventi in tal senso; Il distretto Pianura Ovest di Bologna è orientato ad investire nell'ambito dell'affidamento etero familiare;
- il recupero delle abilità perdute e il rafforzamento di quelle residue: tra i Distretti che prevedono di intervenire in questo ambito, si segnala quello di Ravenna, che riguarda il coinvolgimento degli utenti del Dipartimento Salute Mentale nella somministrazione dei questionari di soddisfazione sui servizi; in alcuni Distretti si sottolinea l'importanza di attivare e sostenere gruppi di auto-aiuto: ad esempio, Cesena Savio, Rubicone Costa, Riccione e Rimini.
- l'attivazione di spazi aggregativi, di socializzazione, per trascorrere in modo costruttivo il tempo libero: i Distretti di Valli Taro Ceno, Pianura Est di Ferrara, Rubicone Costa, Riccione e Rimini prevedono interventi a questo proposito;
- il supporto delle famiglie delle persone con disagio mentale, anche dando loro periodi di sollievo dall'impegno che svolgono, è previsto, ad esempio, nei Distretti di Rubicone Costa e Riccione.

Inoltre, la vicinanza al territorio è necessaria anche al superamento dello stigma della malattia e del disagio mentale, che emerge come ancora presente e da contrastare. Interventi di sensibilizzazione e prevenzione sono previsti dai Distretti Sud Est di Parma, Guastalla, Pianura Ovest di Bologna, Cesena Savio, Rubicone Costa, Riccione e Rimini. Sulla prevenzione, il distretto di Guastalla prevede iniziative di prevenzione nelle scuole medie superiori, sugli incidenti e le dipendenze patologiche e le loro conseguenze.

Sul miglioramento dell'accesso ai servizi e per la diagnosi precoce, come già segnalato, costituisce in molti Distretti una delle questioni prioritarie da affrontare. Sono stabiliti obiettivi in tal senso per tutti i destinatari (ad esempio, nei Distretti di

Valli Tarò Ceno - PR, Sud Est di Ferrara, Rubicone Costa - FC, Rimini e Riccione), ed in relazione a specifici target (ad esempio, gli adolescenti a Guastalla, i minori a Cesena Savio, donne con depressione post partum a Rimini e Riccione). Il distretto di Guastalla (RE) stabilisce di realizzare uno screening dei disturbi del linguaggio nella Scuola per l'infanzia, così da riuscire a formulare una diagnosi precoce ed intervenire precocemente su questo genere di disturbi.

3.9 Area Immigrati

N° Distretti interessati: 30

Distretti: Piacenza, Levante (PC), Parma, Fidenza (PR), Parma Sud Est (PR), Valli Tarò Ceno (PR), Castelnuovo (RE), Guastalla (RE), Reggio Emilia, Scandiano (RE), Val d'Enza (RE), Correggio (RE), Carpi (MO), Mirandola (MO), Modena (MO), Casalecchio di Reno (BO), Pianura Est (BO), Bologna, Porretta Terme (BO), Pianura Ovest (BO), Imola (BO), Ferrara Centro Nord (FE), Ferrara Sud Est (FE), Ravenna, Cesena-Savio (FC), Forlì (FC), Rubicone Costa (FC), Riccione (RN), Rimini (RN).

N° "tabelle 1" in cui è stato selezionato solo questo target: 42

3.9.1 Tipologie di bisogni prevalenti

Integrazione, alfabetizzazione, partecipazione: nell'emergenza sì, ma anche nella quotidianità

Integrazione, alfabetizzazione e partecipazione sono le parole più ricorrenti con riferimento ai bisogni indicati nelle "tabelle 1" dei Piani distrettuali. Si tratta di bisogni afferibili soprattutto al target di popolazione e ai servizi. Secondo quanto riportato nei Piani distrettuali triennali, le persone immi-

grate hanno forti necessità di inclusione sociale, sia nei casi di vulnerabilità sociale e di emergenza, sia nel caso di problematiche quotidiane di "normalità". Per quanti si trovano in situazioni di vulnerabilità sociale e/o di emergenza, i bisogni prevalenti riguardano la prima accoglienza, che risulta essere spesso non adeguata alle richieste crescenti: tale necessità coinvolge prima di tutto donne sole con figli, richiedenti asilo e rifugiati, minori non accompagnati; diversamente, per le donne vittime di tratta, più di un Piano solleva il timore che, i recenti provvedimenti di legge, spostino la prostituzione dalla strada ad ambienti chiusi cui consegnerà un ripensamento dei sistemi di intervento in essere.

Ma soprattutto prevale l'attenzione alle situazioni di normalità della popolazione immigrata, considerata una parte strutturale della società - intesa come comunità locale - e non più un evento straordinario, quasi un "fenomeno di passaggio". Un'ulteriore prova di questo può essere rintracciata nel fatto che, come si è visto, le famiglie immigrate o i minori immigrati sono stati "trattati" e collocati nella pianificazione locale entro il target più generale "famiglie e responsabilità familiari" e "Infanzia, adolescenza" (cfr. paragrafi 3, 4, 5 di questo stesso capitolo).

Proprio entro questa normalità si evidenziano bisogni di accompagnamento alla ricerca della casa e del lavoro, di sostegno scolastico per le seconde generazioni, necessità di favorire una partecipazione attiva degli immigrati, nonché di contrastare le situazioni di isolamento e fragilità vissute dalla componente femminile (l'attenzione alle problematiche delle donne è presente soprattutto nei distretti della Provincia di Reggio Emilia e nel distretto Levante della provincia di Piacenza).

Insomma, emerge un forte bisogno di inclusione (anche se i distretti preferiscono parlare di "integrazione") da realizzare prima di tutto rispondendo ad un bisogno linguistico (conoscenza della lingua italiana) e, a seguire, sopperendo a carenze conoscitive rispetto al sistema normativo italiano, alle modalità di accesso e di funzionamento dei servizi sociali e sanitari, alla sicurezza sul lavoro, al sistema del credito etc. (si parla di necessità di una "alfabetizzazione sociale"). In alcuni casi (ad esempio il distretto di Guastalla - RE) si indica la necessità di agire sia rispetto ai residenti stranieri che a quelli italiani: si parla infatti di gestione di conflitti interetnici, di politiche di promozione dell'integrazione multiculturale ed interculturale e di cittadinanza attiva che si rivolgano ad entrambe le fasce di popolazione.

Permane l'attenzione per l'accesso, in senso ampio

Rispetto ai bisogni dei servizi, si insiste diffusamente sulla necessità di favorire l'accesso ai servizi e alle opportunità del territorio attraverso migliori livelli di informazione ed orientamento e un ampliamento/qualificazione della mediazione linguistico culturale: si tratta di un bisogno indi-

cato dalla maggior parte dei distretti, con riferimento sia all'ambito sociale che sanitario. Inoltre, si indica la necessità di un sostegno all'integrazione scolastica delle famiglie straniere, di progetti rivolti ai giovani di seconda generazione, di promozione di attività volte al contrasto delle discriminazioni e del razzismo, ma anche di occasioni di confronto interculturale tra cittadini italiani e migranti. Più in generale si richiede ai servizi l'acquisizione della competenza interculturale da affiancare sia alla capacità di leggere le evoluzioni del fenomeno sia alla necessità di trattare l'immigrazione in modo trasversale entro la programmazione politica.

Sul fronte sanitario i principali bisogni e problemi di salute sono legati alle gravidanze, alle nascite, agli infortuni sul lavoro, alla salute mentale e alle dipendenze patologiche.

È evidente come entro la popolazione "immigrata" i soggetti cui afferiscono la maggior parte dei bisogni indicati siano donne, seconde generazioni, i minori in età scolare (soprattutto neo-arrivati), i rifugiati e i richiedenti asilo e, un po' più sullo sfondo, i minori non accompagnati e le vittime di tratta. Come si è visto, gran parte di questi temi sono affrontati anche entro l'area tematica famiglie e minori.

Infine è da sottolineare la scelta di molti distretti di riportare stralci del Profilo di comunità o comunque analisi del fenomeno migratorio nelle quali vengono evidenziate le problematiche con cui i Comuni devono "misurarsi".

Costante attenzione alle dinamiche socio-demografiche

In particolare, si ripercorrono i trend di aumento della popolazione immigrata al fine di evidenziarne le ricadute sui servizi nonché la necessità di porre in atto politiche di integrazione ad ampio raggio: comune a tutti è infatti la riflessione che l'incremento della popolazione immigrata comporti

un grosso impegno sotto il profilo dell'inserimento sociale, certamente si tratta di una risorsa (per esempio per il mercato del lavoro) che, tuttavia, ha creato nuovi problemi sul fronte dei servizi sociali, educativi/scolastici, sanitari. Più volte viene ribadita anche la "nuova" identità culturale di cui sono portatori i giovani di seconda generazione, considerati una sfida e insieme un'opportunità per costruire una società multietnica.

3.9.2 Tipologie di obiettivi prevalenti

...non solo "lingua italiana"

Conseguentemente ai bisogni, gli obiettivi fanno riferimento soprattutto alla necessità di promuovere e costruire processi di integrazione.

Per favorire i processi di inclusione quattro sono gli ambiti di azione in cui si collocano gli obiettivi.

Innanzitutto, sostenere l'apprendimento della lingua italiana quale preconditione essenziale per poter avviare un qualunque processo di inclusione (entro il mondo del lavoro, dei servizi, etc.), da rivolgere in prima battuta ai "nuovi" arrivati ma che deve coinvolgere anche quanti, soprattutto donne, hanno più spesso difficoltà in tal senso.

In secondo luogo, rafforzare l'informazione sui servizi (in primis sociali e sanitari) e sulle opportunità presenti nel territorio per esempio attraverso la predisposizione di specifiche comunicazioni interculturali, il rafforzamento dei centri/sportelli immigrazione, della mediazione linguistico culturale o, come nel caso del distretto di Reggio Emilia provando a sperimentare modalità di accompagnamento ai servizi (esempio un taxi sociale per donne con figli piccoli). Entro questo secondo ambito, molta attenzione viene dedicata all'individuazione di obiettivi che possano migliorare l'accesso ai servizi sanitari (ad esempio, il distretto di Ravenna specifica a tale proposito l'obiettivo di avviare un percorso di consapevolezza e conoscenza dell'utilizzo dei servizi sanitari evitando una fruizione dettata dall'emergenza del bisogno e utilizzando la prevenzione e il miglioramento degli stili di vita; il distretto di Ferrara Sud Est invece focalizza l'attenzione sulla mediazione linguistico culturale sia rispetto alla sua gestione organizzativa in ambito sanitario sia rispetto alle modalità di svolgimento di tale servizio. E proprio la mediazione è più volte indicata come servizio da potenziare ma anche da ripensare).

In terzo luogo, favorire una maggiore partecipazione attiva degli immigrati, per esempio, promuovendo le attività delle loro associazioni culturali, la realizzazione di percorsi elettivi di rappresentanza, l'attività dei centri interculturali.

Infine, per rafforzare la rete e le collaborazioni intra-inter istituzionale si prevede la costituzione di gruppi di lavoro ad hoc, di gruppi di coordinamento, la stipula o l'aggiornamento di protocolli di intesa. Generalmente ambito di intervento di tali raccordi riguardano ancora una volta l'accesso e l'orientamento ai servizi, la costruzione di "buone prassi" di integrazione, un migliore espletamento delle procedure amministrative, un migliore scambio informativo e conoscitivo tra operatori riguardo la trasformazione del fenomeno migratorio.

...seconde generazioni, assistenti famigliari: cittadini fra cittadini

Un'attenzione specifica viene data nei Piani distrettuali alle seconde generazioni con obiettivi che riguardano più ambiti di vita: quello scolastico (es. assicurare l'assolvimento della scuola dell'obbligo, migliorare l'orientamento scolastico), professionale (es. favorire l'ingresso delle seconde gene-

razioni di immigrati tra il personale dei servizi pubblici e del privato sociale), del tempo libero (es. promuovere il loro inserimento in attività di volontariato, nonché le associazioni costituite da giovani figli di genitori con nazionalità straniera). Un po' più sullo sfondo l'attenzione alle assistenti famigliari:

laddove se ne parla si indicano obiettivi per conoscere meglio la realtà locale (es. distretto Levante della provincia di Piacenza), oppure per mettere in campo azioni mirate di formazione (es. distretto di Riccione).

Ancora, per contrastare l'aumento delle discriminazioni e per favorire il dialogo e la coesione sociale si prevedono obiettivi che riguardano tutta la cittadinanza quali, ad esempio, la realizzazione di iniziative pubbliche ad hoc, il potenziamento della mediazione sociale dei conflitti, la definizione di carte dei diritti e dei doveri (es. distretto di Modena), la condivisione della Carta di cittadinanza sociale (es. distretto di Forlì).

Si tratta evidentemente di obiettivi impegnativi, che talvolta scontano una eccessiva generalizzazione, ma nei quali sono evidenti gli sforzi compiuti a livello locale per preservare la qualità dei servizi insieme però agli attuali standard di equità e garanzia di diritti/doveri per tutti i cittadini. Interessante un piano triennale nella provincia di Bologna che indica come obiettivo il conseguimento di un "welfare interculturale" dove tutti i servizi sappiano interagire con un'utenza multi-culturale. Ciò è possibile, si aggiunge, promuovendo anche apposite formazioni.

E proprio questo tema viene ribadito in vari distretti emiliani e romagnoli: occorrono formazioni rivolte agli operatori di più enti, formazioni anche congiunte, che consentano di continuare a monitorare il fenomeno migratorio e a supportare il lavoro degli stessi operatori.

3.10 Area Dipendenze

N° Distretti interessati: 12

Distretti: Piacenza, Levante (PC), Parma, Parma Sud Est (PR), Valli Taro Ceno (PR), Sandiano (RE), Val d'Enza (RE), Modena (MO), Ferrara Centro Nord (FE), Cesena-Savio (FC), Rubicone Costa (FC), Riccione (RN), Rimini (RN).

N° "tabelle 1" in cui è stato selezionato solo questo target: 17

3.10.1 Tipologie di bisogni prevalenti

La progettazione in questa esclusiva area si concentra nella maggior parte dei casi sull'analisi dei bisogni connessi ad una riorganizzazione dei servizi in termini di tipologie di interventi e modalità operative da adottare.

In altri termini, si tratta di necessità di sviluppo, ma anche di implementazione di nuovi servizi, in risposta a nuovi bisogni della popolazione target.

...cambia il consumo, cambiano i consumatori...

Se infatti dal punto di vista dell'analisi si riscontra già da tempo e praticamente ormai in tutto il territorio regionale, una evoluzione del fenomeno, dall'altra, si ravvisano urgenze nel "mettere mano" ad una serie di servizi dedicati, pensati tuttavia per una utenza ormai cambiata, portatrice di nuove problematiche, sempre più difficilmente 'agganciabile' da parte dei servizi.

Di conseguenza, sono numerose le tabelle che presentano e articolano le caratteristiche dell'utenza così sinteticamente riassumibili: rapida evoluzione del profilo dei consumatori (ad esempio, femminilizzazione dei consumi, crescita dei fenomeni di alcoldipendenza, policonsumo di sostanze legali e illegali); bisogni intermedi tra sanitario e sociale, soprattutto legati al disagio psichico e relazionale di giovani e adulti; in-

cremento delle situazioni con disagio psichico che accedono ai servizi territoriali; fenomeno del gioco d'azzardo patologico; aumento del consumo di alcool da parte della popolazione giovanile, maschile e femminile e anziana (anziani soli); bisogno di aggregazione sociale; domiciliarità e supporto ai familiari di persone tossicodipendenti; stabilità lavorativa atta a favorire scelte di vita significative. Si tratta per lo più considerazioni (supportate da dati ed elementi oggettivi) che portano alla necessità di intervenire per rispondere tempestivamente ad un sistema di servizi ormai, sotto alcuni aspetti, un po' "datato".

L'uso di sostanze sta cambiando progressivamente, come sono cambiati i significati e la percezione del comportamento a rischio. Si rende pertanto necessario ripensare strategie di prevenzione e cura nonché l'organizzazione del sistema dei servizi, offrendo trattamenti differenziati, flessibili, accoglienti e prossimi a una domanda che è difficile intercettare e che comunque muta velocemente, portandosi dietro non solo questioni legate alla dipendenza patologica (casa, lavoro, socializzazione, ecc.).

...e devono cambiare i servizi...

Prima tra tutti, quindi, la necessità, da parte dei servizi, di riuscire a comunicare e informare con maggiore efficacia la popolazione adulta, di superare l'attuale debolezza dell'azione informativa sulle problematiche legate al consumo e alle dipendenze e, soprattutto, sulle opportunità offerte dal sistema dei servizi, favorendo una percezione non stigmatizzata dei servizi. A questo proposito, ad esempio, il distretto Sud Est di Parma identifica la necessità di creare spazi di socializzazione non connotati da una particolare utenza che ne usufruisce.

In secondo luogo, si registra una carenza di modalità operative in grado di intercettare la complessa articolazione dei bisogni e dei problemi legati ai consumi, così come emergono carenze nell'offerta di soluzioni di accoglienza abitativa a bassa soglia e per persone in stato di cronicità, da cui deriva la necessità di creare risposte tempestive legate all'emergenza abitativa, di individuare un luogo di pronta accoglienza dove possano afferire persone temporaneamente sprovviste di abitazione, di realizzare interventi a bassa soglia tramite strutture intermedie, comunque integrate nel sistema locale dei servizi, di creare soluzioni abitative rivolte all'utenza dell'UO Dipendenze Patologiche. Ancora, emerge l'esigenza di realizzare progetti riabilitativi individualizzati, ampliando innanzitutto le opportunità di inserimento lavorativo attraverso percorsi protetti quali borse lavoro e tirocini o comunque sostenendo progetti per l'integrazione lavorativa delle persone in trattamento o al termine del percorso riabilitativo.

... come "leggere" le problematiche in continua evoluzione legate al consumo?

Si tratta quindi di prevedere percorsi specifici, in un'ottica di integrazione tra servizi socio-sanitari del territorio, rivolti agli utenti che dopo uno o più trattamenti, per condizioni soggettive di fragilità e per mancanza di una rete familiare o amicale, non riescono a ricostruire un progetto di vita adeguato sul territorio di appartenenza.

Ulteriori bisogni legati ai servizi riguardano, a titolo di esempio, il potenziamento dei gruppi di auto mutuo aiuto, la creazione di percorsi di identificazione del servizio dipendenze

come luogo di cura e di ascolto per il problema gambling (dipendenza da gioco di azzardo).

...prevenzione...

Un bisogno al quale riuscire a dare risposta si ravvisa nella necessità di consolidare interventi volti alla prevenzione del consumo di sostanze, con particolare attenzione al mondo giovanile. Su questo "mondo" si ravvisa anche la necessità di conoscere meglio, per meglio intervenire: si

tratta di conoscere i giovani consumatori e i nuovi stili di consumo, ma si tratta anche di conoscere le altre forme di disagio e dipendenza (gioco, disturbi alimentari, ecc.). Porre particolare attenzione a garantire le condizioni di sicurezza e di tutela della salute agli adolescenti e ai giovani nei diversi contesti di vita e nei luoghi del tempo libero e del divertimento è un bisogno dei servizi registrato a livello regionale, con particolare riferimento al distretto di Rimini e Riccione.

Alla prevenzione, infine, si associa il bisogno da parte dei servizi di incrementare in molti contesti territoriali gli interventi mirati alla riduzione del danno o comunque alla necessità di potenziare gli interventi di strada (in particolare i distretti di Parma, Riccione, Rimini), di costruire ex novo o di rendere stabili i servizi di prossimità con particolare riferimento al target degli adolescenti, giovani e fasce marginali. A questo proposito si registra una scarsa presenza di una sistema di "rete" efficace fra i servizi sociosanitari pubblici e privati che svolgono funzioni di prossimità

...integrazione e aggiornamento...

In effetti, un'altra tipologia di bisogni afferisce alla necessità di creare reti e raccordi tra servizi, tra pubblico e privato sociale, tra professioni, come nel caso del tema dell'alcoolismo, per il quale si ravvisa una certa debolezza della rete di cura, soprattutto nella fase della disintossicazione e per

quanto riguarda i ricoveri ospedalieri brevi per patologie alcool correlate e i trattamenti riabilitativi anche residenziali (come presentato dal distretto di Piacenza). Inoltre, la rapida evoluzione del profilo dei consumatori e, più in generale, il mutamento del fenomeno, portano alla necessità di proseguire con azioni di informazione e di attivazione del territorio sulla tematica specifica, rivolte alla popolazione e agli operatori sociali e sanitari.

Infine, appare opportuno riportare alcune specificità distrettuali, come nel caso di Scandiano: in un approccio globale ed integrato alla persona con difficoltà, in questa area specificamente legata alla dipendenza, la famiglia acquisisce un ruolo importante sia in quanto portatrice di risorse sia come destinataria di interventi. Le famiglie spesso si sentono disorientate ed impotenti di fronte alla dipendenza del congiunto e necessitano di spazi in cui potersi confrontare, ricevere supporto e acquisire competenze per affrontare la problematica del proprio familiare e la sofferenza che coinvolge tutto il nucleo familiare.

Altri Distretti pongono l'accento anche sui bisogni dell'intera comunità, la cittadinanza: Il distretto di Ferrara Centro Nord rileva la necessità di lavorare sulle abitudini da correggere e sulle dipendenze a rischio patologico che orientano azioni rivolte a tutti i target della popolazione, soprattutto in riferimento ai giovani fumatori, ai sinistri stradali (necessità di lavorare su un uso corretto dei dispositivi di sicurezza e sui

comportamenti sbagliati alla guida, necessità di produrre interventi per contrastare il fenomeno della guida sotto effetto di sostanze psicoattive e incidentalità correlata). Si pongono in questa ottica anche il distretto di Rubicone Costa e di Riccione, che rilevano il bisogno di consolidare processi e attività volti a diffondere una corretta informazione e a sensibilizzare la comunità, nonché la necessità di strutturare interventi di incontro e di prevenzione attraverso un'attività capillare sul territorio.

3.10.2 Tipologie di obiettivi prevalenti

Coerentemente all'analisi svolta sui bisogni, la maggior parte degli obiettivi presenti in "tabella 1" in questa area specifica attiene allo sviluppo e implementazione dei servizi, ad esempio:

- potenziare la diffusione di informazione obiettiva e aggiornata su droghe, alcool e comportamenti di consumo,
- realizzare interventi differenziati con la finalità di contenere le liste d'attesa per l'accesso alle comunità terapeutiche,
- individuare trattamenti specifici per le nuove forme di dipendenza sempre più caratterizzate dalle problematiche del poliabuso,
- consolidare il sistema d'interventi mirati alla prevenzione terziaria del consumo/ abuso di sostanze soprattutto in relazione al mondo giovanile (unità di strada) ai consumatori e dipendenti da sostanze e per persone che si prostituiscono,
- attivare spazi d'ascolto meno connotati in senso specialistico con funzione di prossimità;
- favorire e sostenere interventi rivolti alla rete familiare di persone con problematiche legate alla dipendenza,
- sviluppare, anche attraverso un potenziamento della ricerca di aziende, le opportunità di inserimento nel mondo del lavoro e consolidare gli interventi di inserimento lavorativo anche con accesso a bassa soglia nell'ambito di un percorso di reinserimento sociale,
- implementare i servizi a bassa soglia d'accesso per soggetti con problematiche di dipendenza attiva e marginalità sociale,
- implementare e differenziare gli interventi di sostegno alla domiciliarità in base alle tipologie e alla gravità degli utenti,
- implementare percorsi personalizzati con una presa in carico integrata dei tossicodipendenti stabilizzati e da lungo tempo in carico al Ser.T. con irrisolti problemi di tipo sociale, lavorativo e sanitario, i cui rischi si concentrano intorno alla emarginazione e a problematiche sanitarie specifiche. A questo proposito si riporta il livello di dettaglio del distretto di Cesena Savio, che individua percorsi differenziati per l'accesso e il trattamento degli utenti ai servizi. Quali percorsi interni ai Sert: (a) Giovani infradiciottenni e fino ai 21 anni; (b) Consumatori prioritari di psicostimolanti; (c) alcool e tabacco. Quali percorsi di integrazione Ser.T, Psichiatria adulti ed emergenza urgenza: (a) Paziente con sospetta intossicazione da droghe in emergenza urgenza; (b) Gestione delle complicanze psichiatriche e comportamentali.

Sono altresì significativi gli obiettivi che attengono allo sviluppo di reti, di accordi, di modalità di lavoro integrate tra servizi e professioni. Promuovere integrazione operativa tra i diversi servizi del territorio al fine di facilitare l'accesso alla rete, promuovere una comunicazione chiara ed efficace dei servizi presenti sul territorio sono aspetti, e contemporaneamente obiettivi, da raggiungere in tutti i territori.

Alcuni obiettivi: monitorare l'Accordo Regione Emilia Romagna Coordinamento Enti Ausiliari (DGR 1005/2007), sviluppare il progetto regionale tabagismo e di prevenzione alcoolica avvalendosi anche del contributo delle associazioni, attivare un percorso di recepimento delle indicazioni essenziali del Piano attuativo 2009-2011 per la salute mentale della Regione Emilia Romagna (definizione di un programma di intervento distrettuale).

Nel caso dei giovani si tratta di integrare il lavoro degli operatori di strada e delle attività di prossimità con le attività di promozione dell'agio e di prevenzione del disagio dell'area giovani (distretto di Cesena Savio), di creare antenne sul territorio (ad esempio valorizzando i quartieri nelle attività di prevenzione), di consolidare la collaborazione (in particolare su questo si veda il distretto di Modena) con le scuole medie inferiori e superiori, per la prevenzione primaria a contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti e anche per la prevenzione di alcool, fumo, gioco d'azzardo.

Più in generale, si vogliono promuovere forme efficaci di concertazione territoriale permanente sui temi legati alle dipendenze (prevenzione, prossimità, reinserimento socio-lavorativo, riduzione del danno) fra pubblico e privato, si vogliono consolidare servizi di natura multidisciplinare (sviluppo strutturato e organizzato di attività di collegamento e sinergia professionale tra le aree operative del D.S.M. e Dipendenze Patologiche, della Disabilità Adulti, dei Servizi sociali comunali minori e adulti, assieme a volontariato e cooperazione sociale, ad esempio sui temi della domiciliarità, del lavoro).

Infine pare opportuno richiamare obiettivi (pur quantitativamente limitati in termini di presenza in tabella1) relativi all'intera cittadinanza, strettamente legati ai bisogni rilevati e che afferiscono alla realizzazione di percorsi di: promozione di ambienti di lavoro liberi da fumo e alcool; promozione della guida sicura (incidenza alcool e effetto di sostanze psicoattive); individuazione di codici etici per i gestori di luoghi di aggregazione.

3.11 Area Povertà ed Esclusione Sociale

N° Distretti interessati: 19

Distretti: Piacenza, Levante (PC), Parma, Sud Est (PR), Valli Taro Ceno (PR), Guastalla (RE), Scandiano (RE), Carpi (MO), Mirandola (MO), Modena, Casalecchio di Reno (BO), Pianura Est (BO), Porretta Terme (BO), San Lazzaro di Savena (BO), Pianura Ovest (BO), Centro Nord (FE), Sud Est (FE), Ravenna, Cesena Savio (FC), Riccione (RN), Rimini

N° "tabelle 1" in cui è stato selezionato solo questo target: 33

3.11.1 Tipologie di bisogni prevalenti

L'area Povertà ed esclusione sociale si conferma un'area di programmazione che raccoglie e mette in relazione diversi target di intervento. In altre parole, ci si riferisce qui a diverse categorie di bisogno accomunate dal fatto di "sfuggire" alle altre aree delle politiche, senza tuttavia che si ravvisino connessioni tra di esse: nuclei in difficoltà economica, senza fissa dimora, persone con problemi psichiatrici o con percorsi di esecuzione di pena, rom, ecc. Sembra essere una sorta di settore "residuale", cioè composto da destinatari comunque oggetto anche di altre aree di intervento.

Tuttavia, è proprio in questa area che si raccolgono e si mettono in relazione gli elementi di fragilità della comunità, e ciò può stimolare riflessioni complessive sulle capacità di inclusione del territorio e dei servizi. Sono qui compresi, infatti, portatori di bisogni "essenziali", che riguardano la sopravvivenza stessa, sia materiale che sociale, e la dignità delle persone e dei nuclei famigliari nella comunità di appartenenza. A partire dalla variabilità dei bisogni dei target inclusi in questa area di intervento, si rintracciano le radici "comuni" delle loro difficoltà ed i loro bisogni (difficoltà di accesso alla casa, integrazione lavorativa inadeguata, solitudine, ecc.), e le possibilità di migliorare i servizi e gli interventi per rafforzare le capacità di inclusione del territorio, intervenire nelle situazioni già compromesse, evitando che si aggravino, avviare percorsi di supporto e, dove possibile, di re-inclusione.

Fra "povertà estrema" e "nuove povertà"

Per agevolare la "lettura" della composizione dell'area in riferimento alle "tabelle 1" dei Piani distrettuali, si può far riferimento a due principali categorie di bisogno, già individuate da Iress in precedenti studi sulla povertà e l'esclusione sociale in Emilia-Romagna: da un lato la povertà estrema e

l'esclusione sociale "grave" (senza dimora, detenuti, rom, ecc.), dall'altro la povertà dei nuclei famigliari, a volte citata come "nuova" povertà (famiglie monoreddito, lavoratori disoccupati o con reddito insufficiente, anziani con basse pensioni, ecc.), anche se è ormai da anni che si rileva.

Nel primo caso, si fa riferimento ad una povertà più "classica", dove all'indigenza economica estrema, si associano forme di disagio più o meno profonde. È una forma di povertà da tempo conosciuta dai servizi, ma in crescita, e per la quale, di solito, esistono interventi codificati (dormitori, mense, borse lavoro, ecc.), anche se non sempre quantitativamente sufficienti.

Nel secondo caso, ci si riferisce ad una povertà di tipo relativamente "nuovo", anche in questo caso quantitativamente crescente per i servizi, che riguarda fasce della popolazione in passato ritenute "al riparo" da difficoltà economiche e percorsi di esclusione sociale. Qui la povertà è, spesso, legata a difficoltà che riguardano ambiti che, una volta, erano i punti fermi a tutela della persona e della sua sicurezza: contesti famigliari solidi, reti amicali e parentali allargate, contesti lavorativi strutturati, un mercato della casa più accessibile, ecc. Una difficoltà, anche temporanea, in uno di questi frangenti, può ripercuotersi sugli altri e scatenare reazioni cumulative, condurre quindi un nucleo famigliare ai servizi, per necessità che erano soddisfatte da risorse informali.

Si tratta di considerazioni che possono anche essere ricollegate alla crisi economica internazionale, che certamente le ha acuite, ma le difficoltà delle famiglie (fra le quali, è utile ricordare, è in crescita quella uni personale) a fronte di un crescente costo della vita, ad entrare in un mercato del lavoro più flessibile, ad eccedere alla casa, nella fragilità relazionale all'interno dei nuclei, sono tutti elementi che da ormai diversi anni emergono negli studi sulla povertà, anche in Emilia-Romagna.

Come si diceva, le due connotazioni della povertà individuate nell'area di intervento qui analizzata possono apparire disconnesse tra loro e profondamente differenti per composizione e bisogni, ma gli studi sul fenomeno parlano di "percorsi" e "carriere" di povertà, facendo riferimento ad un continuum

in cui elementi di fragilità si vengono col tempo a sommare ed intrecciare, se non si attivano rapidi ed efficaci meccanismi di supporto, rischiando di provocare uno "scivolamento" in condizioni di disagio sempre più profonde.

Questo collegamento è evidente in vari Piani, tra cui, ad esempio, quello del distretto Sud-Est di Parma, che rileva "la necessità di sostenere il singolo e la famiglia nella risoluzione di momentanee difficoltà economiche, pur in presenza di un reddito costante, al fine di evitare l'ingresso in un circuito di esclusione sociale o per uscire da un percorso assistenziale". Da qui il senso di inserire nella programmazione un'area povertà ed esclusione sociale, non come spazio "residuale", dove analizzare i target, bisogni e obiettivi difficilmente collocabili in altre aree, ma come spazio in cui riflettere sulla capacità e le risorse per l'inclusione della comunità locale: dei suoi servizi, delle reti, formali e informali, del mercato del lavoro, della casa, ecc.

Occorre precisare che la povertà delle famiglie di cui si parla in questa area di cui si parla in questa area, tende ad essere considerata per lo più (non solo) in una dimensione economica, poiché è nelle altre aree tematiche previste dalla programmazione sociale e sanitaria che generalmente sono riportate le difficoltà più specificatamente riferite alle famiglie e riconducibili anche al rischio di vulnerabilità (per esempio nell'area "minori e responsabilità famigliari" sono evidenziate le difficoltà dei nuclei rispetto al compito genitoriale, alla responsabilità educativa, alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, ecc.).

...I bisogni della popolazione in condizioni di povertà

Riguardo alla povertà estrema, sono individuate, principalmente, dai Distretti le seguenti necessità:

- appare insufficiente l'offerta di accoglienza abitativa di bassa soglia: i Distretti di Piacenza, Parma, Sud Est di Parma, Scandiano, Ravenna, San Lazzaro di Savena, Rimini, Riccione, segnalano la necessità di intervenire più ampiamente in tal senso; nel caso di Parma, Piacenza e Rimini si pone in particolare l'accento sulla situazione delle donne senza dimora o che hanno la necessità di essere allontanate dal nucleo di provenienza;
- le persone in difficoltà e in disagio estremo presentano condizioni sempre più complesse e specifiche, alle quali occorre rispondere con interventi individualizzati, costruiti sulla persona e sui suoi particolari bisogni; i Distretti di Piacenza, Levante di Piacenza, Parma, Sud Est di Parma, Valli Taro Ceno, evidenziano questo aspetto del bisogno;
- gli interventi per l'integrazione sociale e lavorativa delle persone con percorsi di esecuzione penale, in atto o trascorsi, andrebbero rafforzati, supportando la rete di attori ed interventi già presenti sul territorio o creando relazioni tra attori non in rete; i Distretti di Parma, Modena, Carpi, Rimini e Riccione fanno riferimento a questo tipo di necessità ed interventi;
- cresce la necessità di fornitura di beni primari, soprattutto alimentari, come segnalato, ad esempio, dai Distretti di Levante (PC), Parma, Sud Est di Parma, Scandiano, Modena, Cesena Savio e Rimini.

...I bisogni "nuovi" della popolazione in condizioni di povertà

Come già accennato, emergono dall'analisi dei bisogni sui Piani, una serie di difficoltà che coinvolgono fasce di popolazione che abitualmente i servizi non incontravano. Il distretto di Scandiano (RE) sintetizza tale mutamento evidenziando come si sia "fatto più labile il confine fra normalità e disagio".

La crisi economica ha aggravato una situazione che già emergeva nelle passate programmazioni come problematica: quella delle cosiddette 'nuove povertà'. I Distretti di Valli Taro Ceno, Guastalla, Pianura Est di Bologna, Porretta Terme, Centro Nord di Ferrara e Rimini la definiscono proprio con questa espressione, anche se tutti i Distretti segnalano lo stesso tipo di bisogni. I Distretti di Scandiano e di Modena hanno svolto un'analisi molto dettagliata delle difficoltà dei propri contesti economici, anche quantificando la popolazione coinvolta e tentando una previsione rispetto al suo andamento nei prossimi anni.

Il distretto di Rimini individua la tipologia di persone più in difficoltà: "Si segnalano, anche in forte crescita, le nuove povertà [...], i bisogni di una fascia di popolazione che, per la prima volta, si trova ad avere difficoltà economiche (nuclei familiari monoreddito, nuclei monogenitoriali, immigrati, lavoratori con basse retribuzioni, pensionati, gli adulti con 40-50 anni senza lavoro e i lavoratori precari)". Anche il distretto di Mirandola (MO), rileva la questione, più o meno, negli stessi termini: "Aumento di nuove categorie a rischio di povertà ed esclusione sociale: lavoratori precari, disoccupati di lungo periodo, disoccupati in età lavorativa avanzata, nuclei mono parentali composte da donne sole con figli minori, persone con pensioni minime, persone malate e sole, immigrati".

In sintesi, per queste fasce, i Piani distrettuali segnalano una rilevante crescita della necessità di supporto all'integrazione lavorativa, di difficoltà nell'accesso o nel mantenimento della casa e, in generale, nel far fronte a spese essenziali, come le utenze, e ad esigenze improvvise.

A tali problematiche si aggiunge l'indebolimento del tessuto comunitario e la "rarefazione" dei legami sociali, anche quelli primari, che rende più fragili le persone e le famiglie e diminuisce la capacità di re-inclusione di chi affronta situazioni di difficoltà che potrebbero essere solo temporanee. Il bisogno che una volta era affrontato sul territorio, tramite reti di supporto informali, ora arriva in misura maggiore ai servizi.

Più nel dettaglio distrettuale, e tentando una sintesi, sono segnalate sui Piani le seguenti necessità:

- cresce la disoccupazione, la precarietà occupazionale e calano le retribuzioni, quindi i redditi delle famiglie (questo tipo di considerazioni emerge pressoché in tutti i Distretti). In particolare, si rileva l'allargarsi della 'forbice' tra le fasce della popolazione più ricche e quelle più povere (distretto di Modena). Viene, in generale, evidenziata la perdita di capacità di inclusione lavorativa da parte del sistema economico, significativamente aggravata dalla crisi, in particolare riguardo alle fasce "deboli". Ad esempio, il distretto Sud Est di Parma fa riferimento ai lavoratori con più di 50 anni, alle donne e ai cittadini stranieri; quello di Scandiano segnala i più giovani, soprattutto immigrati; quello di San Lazzaro di Savena, si riferisce a soggetti disagiati economicamente e/o socialmente; i Distretti Centro Nord e Sud Est Ferrara evidenziano le difficoltà delle donne; il distretto Pia-

nura Ovest di Bologna segnala i giovani, le donne e le persone con disabilità;

- in connessione alle problematiche condizioni lavorative, cresce la richiesta ai servizi di sostegno economico da parte delle famiglie e delle persone in difficoltà, per far fronte a spese essenziali ed in occasione di spese straordinarie cui non si riesce a far fronte; il costo della vita (affitti, utenze, ecc.), in crescita, pare assorbire parte rilevante dei redditi già in calo (i Distretti di Piacenza, Sud Est di Parma, Carpi, Cesena Savio, Ravenna, Rimini, ad esempio, segnalano problematiche in tal senso);
- la difficoltà di accesso alla casa è l'altra problematica rilevata pressoché da tutti i Distretti: una fascia di popolazione sempre più larga fatica ad accedervi, ma anche a mantenere l'abitazione, perché i costi degli affitti, oltre che per l'acquisto, sono in crescita. Aumentano, quindi, le richieste e le liste d'attesa per l'Edilizia residenziale pubblica o sovvenzionata, e la domanda di alloggi a canone d'affitto sostenibile;
- aumentano le crisi familiari, che possono causare separazioni e quindi instabilità reddituale e abitativa, che diventa problematica soprattutto in presenza di minori o per i nuclei monogenitoriali (i Distretti di Piacenza, Modena, Scandiano, Guastalla, Rimini e Mirandola, ad esempio, segnalano questo tipo di difficoltà sui propri territori);
- particolare attenzione è rivolta, infine, all'esclusione sociale delle donne ed alle pari opportunità di genere: diversi sono i Distretti che evidenziano la crescita di segnalazioni di situazioni di violenza, ma anche, semplicemente, si fa riferimento alla necessità di favorire il trasporto pubblico (distretto di Parma), come fattore di partecipazione al lavoro ed alla vita delle donne, evidenziando come siano soprattutto queste a farne uso. I Distretti di Piacenza e Parma, segnalano, come già evidenziato, la necessità di incrementare la possibilità di accoglienza in struttura. I Distretti di Valli Taro Ceno, Casalecchio di Reno, Pianura Est della Provincia di Bologna, Porretta Terme, Sud Est della Provincia di Ferrara, Rimini, necessitano di potenziare la capacità di intervento in favore di donne che hanno subito violenza o con esperienze di prostituzione e sfruttamento. Il distretto di Mirandola mette in rilievo le difficoltà delle donne sole con figli. Inoltre, in vari Distretti, come nel distretto Pianura Ovest della Provincia di Bologna, Centro Nord e Sud Est di Ferrara, Rimini, le donne sono segnalate tra le fasce deboli nella ricerca del lavoro.

...I bisogni dei servizi e della rete

A fronte delle trasformazioni evidenziate nell'analisi dei bisogni dei territori emerge, in primo luogo, la difficoltà dei servizi nel "leggere" una domanda in fase di mutamento: occorrerebbe avere una maggiore conoscenza dei fenomeni che si verificano sul territorio, rafforzare le capacità di lettura del bisogno, per predisporre strumenti utili ad affrontare i bisogni emergenti. A ciò sia associata anche la necessità di supportare e rafforzare la formazione degli operatori, sia del Pubblico che delle organizzazioni di volontariato o cooperative sociali, per l'acquisizione di nuove competenze e conoscenze e migliorare la capacità in termini di "lettura" del bisogno così come di pratiche di intervento.

Infatti, sono diversi i Distretti che segnalano cambiamenti notevoli nella caratterizzazione dei cittadini che si rivolgono ai

servizi e nei loro bisogni: si segnala la riattivazione del disagio in persone già in carico ai servizi (es. distretto di Reggio Emilia), per nuove difficoltà economiche o lavorative, e si riduce la possibilità di autonomia dai servizi di chi è preso in carico (es. distretto Cesena Savio). I cosiddetti “nuovi poveri”, che vi si rivolgono per la prima volta, tendono a farlo solo quando si trovano in situazioni di emergenza (es. distretto di Reggio Emilia), in condizioni già gravi. Ciò richiede tempestività nell’attivazione del servizio e rende più difficoltoso intervenire in loro favore in maniera efficace, oltre a richiedere più risorse per costruire un intervento più consistente. Dall’analisi di questa nuova utenza non emergono le ragioni per cui questo avvenga, che possono essere tante e diverse: forse per pudore o per disinformazione rispetto all’offerta, per mancanza di fiducia nella possibilità di accedere ai servizi, o per la reale difficoltà di accedere ai servizi se non ci si trova in condizioni davvero compromesse. Altra caratteristica rilevata per descrivere questi nuovi richiedenti i servizi, è l’aggressività (es. distretto di Scandiano), che potrebbe essere una conseguenza dell’urgenza del bisogno.

Di fronte a tali difficoltà è profondamente avvertita, in tutti i Distretti ed a tutti i livelli, l’esigenza di “fare rete”: questa resta l’espressione-chiave del rinnovamento dei servizi, citata in tutti i Piani in riferimento ai vari ambiti di intervento (lavoro, salute, casa, ecc.).

Infine, emerge come indebolita dalla crisi economica anche la filosofia stessa di intervento che “guida” i servizi, nella loro operatività quotidiana: se il territorio non è accogliente, da diversi punti di vista (lavorativo, abitativo, relazionale, ecc.), puntare all’autonomia della persona diventa sempre più difficile e richiede investimenti sempre più consistenti (percorsi lunghi, mobilitazione di soggetti, professionalità, ecc.), proprio in un momento in cui le risorse da investire in tal senso non sono in crescita.

3.11.2. Tipologia di obiettivi prevalenti

Il paragrafo sulla coerenza tra bisogni e obiettivi ha già segnalato una sostanziale omogeneità da questo punto di vista. La lettura degli obiettivi, quindi, riprende, in parte rilevante, quanto detto finora.

A fronte delle trasformazioni evidenziate nell’analisi dei bisogni che stanno mettendo alla prova in modo significativo il sistema dei servizi emerge, in primo luogo, la difficoltà di questi ultimi nell’interpretare una domanda in fase di mutamento: occorrerebbe, quindi, intraprendere azioni che consentano di conoscere meglio i fenomeni in atto, ma anche costruire mappe delle risorse disponibili, per predisporre strumenti utili ad affrontare i bisogni emergenti. I Distretti di Levante in Provincia di Piacenza, Parma, Carpi, Modena, Porretta Terme e Rimini segnalano obiettivi di questo tipo.

A ciò si associa anche la necessità di supportare e rafforzare la formazione degli operatori, sia del settore pubblico che del Terzo Settore, per l’acquisizione di nuove competenze e strumenti di lettura del bisogno e di intervento. I Distretti Levante di Piacenza, Sud Est di Parma, Scandiano, Modena e Rimini, ad esempio, si propongono di agire in tal senso.

“Fare rete”, come si diceva, è la parola chiave e l’obiettivo da raggiungere per tutti i territori e tipi di necessità: consente di reperire nuove risorse ed integrare professionalità, di far fronte a bisogni complessi e multi-dimensionali, di intervenire su bisogni ‘scoperti’ (ad esempio, nelle situazioni di fragilità psichica e relazionale non certificabili dal punto di vista sanitario,

segnalate dai Distretti di Piacenza, Levante di Piacenza e Parma).

L’integrazione è ricercata sempre: non solo in ambito socio-sanitario, ma anche socio-educativo, lavorativo, abitativo, ecc. È auspicata tra livelli istituzionali diversi e omogenei, come tra Comuni del distretto. Ma anche con altri soggetti: col Terzo Settore, la scuola, l’impresa, i sindacati. Tanto a livello programmatico quanto a livello operativo.

Gli ambiti sui quali i Distretti si propongono di agire sono, principalmente, quello lavorativo e quello abitativo. Tutti i territori rilevano bisogni prioritari in questi due ambiti ed elaborano obiettivi da perseguire.

Rispetto all’ambito residenziale sono fissati obiettivi di potenziamento della prima accoglienza: in particolare nei Distretti di Piacenza, Levante (PC), Sud Est Parma, Scandiano e Rimini. Ma anche interventi in ambito residenziale - generalmente inteso - per fasce deboli di popolazione: ci si propone principalmente di svolgere un maggior sforzo per mezzo delle agenzie per la casa, su diffusione e supporto del canone concordato; in alcuni territori si pensa di intervenire nella modifica dei regolamenti di accesso e permanenza negli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica, per meglio adattarli alle condizioni attuali di bisogno. I Distretti che prevedono di attivarsi in tal senso sono quelli di Parma, Carpi, Modena, Casalecchio, Pianura Est, Centro Nord di Ferrara e Ravenna.

Quello del lavoro è l’altro principale allarme che sembra emergere dalla lettura elaborata dai territori. In questo ambito si propongono svariati interventi di supporto, in particolare a chi è disoccupato. Gli strumenti che si prevede di mettere in campo vanno dal potenziamento del trasporto (Sud Est Parma) e dei servizi per la conciliazione (Riccione), per agevolare e incrementare l’integrazione lavorativa delle donne; alla borsa lavoro (Guastalla e Riccione); all’incentivo del microcredito e dell’autoimprenditorialità (Levante di Piacenza, Carpi, Pianura Est e Pianura Ovest di Bologna, San Lazzaro di Savena); ad una migliore integrazione e supporto delle cooperative di tipo B (Casalecchio di Reno); ai lavori socialmente utili come strumento di integrazione (Mirandola). Anche i Distretti di Piacenza, Levante di Piacenza, Rimini e Scandiano intendono intervenire in questo ambito, con soluzioni da meglio definire. Il sostegno all’integrazione lavorativa è anche accostato ad obiettivi più diretti di sostegno al reddito, come misura di intervento di emergenza, in particolare per evitare lo scivolamento verso situazioni di grave difficoltà (Scandiano, Mirandola). Il principale strumento che ci si propone di attivare o di rafforzare è il prestito sull’onore, per chi non ha le garanzie richieste dagli istituti bancari, per chi rischia di perdere la casa col mutuo o per chi ha la necessità di usufruire di cure odontoiatriche. I Distretti di Piacenza, Sud Est di Parma, Valli Taro Ceno, Scandiano, Modena, Pianura Est e Pianura Ovest di Bologna di propongono di intervenire in tal senso. Alcuni Distretti, come quelli di Valli Taro Ceno e Scandiano, segnalano la necessità di risorse economiche aggiuntive a sostegno dei redditi. Interessante l’obiettivo proposto dal distretto di Cesena Savio sull’attivazione di strumenti (probabilmente di consulenza) di supporto alla gestione del bilancio familiare.

Mantenendo un’ottica di integrazione che attivi la persona in difficoltà, anche a partire dalle sue risorse, si rafforza l’idea che sia necessario offrire percorsi di supporto individualizzati, orientati all’autonomia dai servizi. I Distretti di Parma, Valli Taro Ceno e San Lazzaro di Savena mettono in particolare evidenza questo tipo di orientamento.

Alcuni Distretti, inoltre, si propongono obiettivi di attivazione o rafforzamento degli strumenti di raccolta e redistribuzione di alimenti ed altri beni necessari (vestiario, mobilio), dismessi o recuperati dalle aziende. Le esperienze come quelle del Social market e del Banco Alimentare sembrano ormai strumenti indispensabili per il supporto ai territori, dove appare in crescita anche la difficoltà di accesso ai beni primari. I Distretti di Levante di Piacenza, Parma, Sud Est di Parma, Scandiano e Carpi prevedono di attivarsi in tal senso.

In alcuni territori sono citati target sui quali sembra urgente ed importante attivare i servizi locali, perché con problematiche in crescita o perché occorre elaborare nuove soluzioni e proposte in loro favore, o comunque mantenerli come punti di attenzione: le persone con percorsi di esecuzione penale a Parma, Rimini e Riccione; le donne a Taro ceno, Casalecchio, Porretta Terme, Sud Est di Ferrara e Rimini; le persone afferenti al Servizio Salute Mentale a Scandiano; le famiglie monogenitoriali, le persone sole e i nomadi a Modena; i minori migranti a San Lazzaro di Savena; le persone con dipendenze a Levante di Piacenza.

Infine, non manca l'elaborazione di obiettivi connessi ad interventi di prevenzione del disagio e promozione del benessere sociale che mirano a rafforzare il tessuto comunitario dei territori, rafforzandone i legami di solidarietà. Sono diversi i Distretti che si propongono di elaborare proposte in tal senso: Parma, Sud Est di Parma (con il supporto alla Banca del tempo), Carpi, Modena, Casalecchio di Reno, Porretta Terme, San Lazzaro (attraverso la Scuola), Riccione e Rimini.

Ciò a riprova del fatto che emerge nell'area povertà ed esclusione sociale anche una lettura di sistema rispetto alle capacità dei territori di accogliere o ri-accogliere i loro componenti in difficoltà, nella consapevolezza che il benessere è tale solo se è condiviso.

3.12 Le combinazioni di target: un "puzzle" di bisogni e obiettivi

3.12.1 Responsabilità famigliari insieme a Infanzia e adolescenza: tipologie di bisogni prevalenti

Come si è detto, per cercare di rendere l'analisi qualitativa degli obiettivi il più completa possibile si sono esaminate anche quelle "tabelle 1" compilate dai distretti nei quali i due target (responsabilità famigliari e infanzia e adolescenza) venivano considerati simultaneamente.

In particolare per questa combinazione di target così "contigua" in termini di obiettivi e azioni delle politiche, come era logico supporre, ricorrono le medesime tipologie di bisogni e obiettivi precedentemente analizzati. Si vuole tuttavia cercare di

completare l'analisi offrendo in particolare ulteriori specificità nell'analisi distrettuale rilevate.

Responsabilità
famigliari
INSIEME A
Infanzia e
adolescenza

N° Distretti interessati: 16

Distretti: Piacenza (PC); Levante (PC); Parma, Sud Est, Valli Taro Ceno (PR); Castelnovo, Reggio Emilia, Correggio (RE); Castelfranco Emilia (MO); Casalecchio di Reno, Pianura Est, San Lazzaro di Savena, Pianura Ovest (BO); Centro Nord (FE); Riccione (RN). [in corsivo i distretti non ancora considerati nelle analisi del paragrafo 3 e 4]

N° "tabelle 1" in cui sono stati selezionati contemporaneamente questi due target: 22

In particolare, rispetto ai bisogni, nelle tabelle esaminate emergono alcune problematiche non ancora evidenziate nell'analisi sin qui svolta.

Rispetto ai crescenti bisogni della popolazione target (in questo caso, famiglie e minori insieme) si cita a titolo di esempio il richiamo alla crescita dei casi di bambini anche molto piccoli per i quali è necessario l'allontanamento dal nucleo d'origine e il collocamento extrafamigliare: è quanto segnalato dal distretto di Piacenza. Sempre lo stesso distretto segnala una crescita di bambini, ancora una volta molto piccoli, e di adolescenti in difficoltà rispetto all'assunzione di compiti di crescita e allo sviluppo di relazioni positive tra pari e con gli adulti. Il distretto di Reggio Emilia evidenzia fra le altre questioni critiche, l'aumento dei "minori contesi" con la conseguente necessità di attivazione di interventi diversificati e personalizzati a tutela degli stessi.

Anche il richiamo alla crescente fragilità dei genitori viene più volte evidenziato nei bisogni: emblematico il caso del distretto di Parma che parla di vera e propria "immaturità" adulta nel progetto di vita, nelle funzioni genitoriali, nelle funzioni procreative e nei rapporti di coppia.

Tornano anche frequentemente i bisogni relativi alle necessità di integrazione delle famiglie migranti, nonché del bisogno di maggiore integrazione scolastica dei ragazzi stranieri. Riemerge ancora drammaticamente, per più di un distretto, il rilievo dell'emersione della aggressività e della violenza diffusa nei confronti delle donne.

Alcune analisi abbastanza articolate in sede di identificazione del "bisogno" possono essere proposte, a titolo esemplificativo, in quanto rappresentative di riflessioni che sembrano ricorrere in questa sede. Si fa riferimento, ad esempio, a quanto indicato dal distretto di Castelnovo 'ne Monti che, a partire dalla constatazione dell'aumento delle famiglie che hanno maggiori problemi di conciliazione di tempi/orari di cura e lavoro e di solitudine relazionale, sottolinea come tali problemi si possano poi trasformare rapidamente in "povertà materiali": si sottolinea come sia importante allora tenere conto di questi aspetti per prevenire e contrastare lo scivolamento verso livelli di fragilità più complessa.

Rispetto al tema già trattato delle esigenze di integrazione fra servizi e di formazione e sostegno degli operatori, il distretto di Reggio Emilia propone alcune riflessioni su come occorra fare fronte a due necessità sempre più pressanti: quella delle nuove fragilità delle famiglie, ma anche quella della limitazione delle risorse disponibili. Ciò comporta la necessità di una implementazione di forme di conoscenza e valutazione dei fenomeni e al contempo lo sviluppo di competenze tecnico/scientifiche che possano supportare e indirizzare l'agire professionale. A ciò si connette la necessità di formazione agli operatori, ma anche la necessità di ripensare interventi più orientati verso la famiglia piuttosto che solo al bambino. Viene anche presa in considerazione la crisi della Scuola sia rispetto alla gestione dei gruppi classe, sia rispetto alla identificazione del proprio ruolo.

Relativamente al bisogno dei servizi di rispondere alla fragilità economica delle famiglie merita citare il distretto di Casalecchio di Reno (provincia di Bologna) che si sofferma – nell'analisi dei bisogni – sulla necessità di rivedere gli attuali strumenti di accesso (regolamenti Erp, regolamenti accessi contributi) in quanto non più adeguati a leggere le attuali situazioni. I bisogni di sostegno alla genitorialità spingono inoltre il distretto a riflettere sulla necessità di estendere, ottimizzare, uniformare

maggiormente le tante attività che i singoli Comuni fanno in questa direzione, nonché a cercare di estendere e mettere in rete, ad esempio, le attività del Centro per le famiglie del Comune capo distretto in favore di altri comuni.

3.12.2 Responsabilità famigliari insieme a Infanzia e adolescenza: tipologie di obiettivi prevalenti

Ricorrente nelle tabelle qui oggetto di esame sono gli obiettivi che riguardano la necessità di potenziare l'accoglienza per minori in difficoltà: interessante il distretto di Parma che indica l'obiettivo della costituzione di un Fondo distrettuale per garantire una gestione unificata degli oneri relativi all'inserimento in struttura di minori; quello di Casalecchio di Reno si propone di dare continuità ai lavori di una commissione di sagio con opportunità di apertura anche alle Forze dell'Ordine per giungere alla definizione di protocolli attualmente adottati solo da alcuni comuni del distretto, in tema di accoglienza e tutela.

Moltissimi sono gli obiettivi che si riferiscono al potenziamento delle opportunità per adolescenti o pre-adolescenti (talvolta compare l'educativa di strada, ma anche i laboratori espressivi, gli spazi aggregativi, ecc.), nonché a promuovere forme di cittadinanza, di partecipazione alla vita comunitaria, di corresponsabilizzazione di più soggetti alla educazione condivisa delle giovani generazioni. Come si vede, ancora una volta, lo "spettro" degli obiettivi si presenta estremamente diversificato ed ampio.

Un ulteriore tema su cui c'è molta attenzione è, ancora una volta, quello del contrasto all'abbandono scolastico. Merita citare la lettura del distretto Sud Est che, nel proporsi di prevenire il malessere a scuola, aggiunge anche la necessità di sostegno alla famiglia nella gestione del tempo lavoro tenendo presente la distinzione fra pre-scuola e dopo-scuola.

Rispetto poi all'obiettivo di sostenere le difficoltà famigliari di conciliazione dei tempi di cura e lavoro, aspetto in molti distretti evidenziato, esemplificativamente si rimanda al distretto di Reggio Emilia che enuncia la costruzione di un Piano dei tempi e degli orari che, attraverso una strategia congiunta a partire dai diversi Servizi Pubblici e privati interessati dal problema, faciliti la gestione del tempo della vita quotidiana e introduca elementi di elasticità nella routine della famiglia e delle persone che vivono tempi particolarmente "obbligati". Si propone altresì di avviare piccole sperimentazioni locali.

Pur se meno numerosi, vi sono obiettivi che fanno riferimento alla necessità di far fronte all'aumentata richiesta di servizi per la prima infanzia, in particolare i nidi: ad esempio, il distretto di Castelfranco Emilia si propone una attenta previsione/programmazione del fabbisogno futuro di tali servizi, vista le traiettorie di incremento della natalità.

3.12.3 Ulteriori composizioni di target: bisogni e obiettivi prevalenti

Responsabilità
famigliari INSIEME
A Infanzia e
adolescenza
INSIEME A
Giovani INSIEME A
Immigrati

Prosegue qui brevemente la disamina di quelle "tabelle 1" in cui i Distretti hanno individuato e riaccorpato 4 target: responsabilità famigliari, Infanzia e adolescenza, Giovani e Immigrati. Come si vede, il numero esiguo di Distretti che hanno scelto questa combinazione suggerisce prudenza

rispetto all'interpretazione delle intenzioni dei Distretti. Tuttavia alcune riflessioni si possono tentare.

N° Distretti interessati: 6

Distretti: Piacenza (PC); Ponente (PC), Levante (PC), Casalecchio di Reno (BO), Faenza (RA); Ravenna [in corsivo i distretti non ancora considerati nelle analisi precedenti]

N° "tabelle 1" in cui sono stati selezionati contemporaneamente questi due target: 8

Alcuni dei Distretti considerati pongono l'accento, come è immediato supporre, sui giovani stranieri: studenti stranieri, minori stranieri, giovani cittadini stranieri e, coerentemente, sulle loro famiglie. Si tratta però, nella maggioranza dei casi, solo di una attenzione particolare e non di una categorizzazione che collochi rigidamente e necessariamente gli stranieri fra i soggetti disagiati tout court. Il distretto di Piacenza si sofferma, ad esempio, data la necessità di sostegno educativo alle famiglie e le specifiche problematiche di inserimento scolastico dei giovani immigrati, sull'obiettivo di messa a punto di interventi di mediazione culturale nel rapporto scuola-famiglia; una disamina approfondita della popolazione scolastica, con analisi della popolazione scolastica straniera viene fatta dal distretto di Sassuolo (provincia di Modena): si rileva che in alcune scuole del distretto la percentuale di stranieri sul totale degli studenti supera il 50%. Numeri così significativi in contesti di dimensioni medio-piccoli sollecitano ovviamente alcune necessità: intanto, si dice, occorre distinguere fra gli studenti che ancora non parlano l'italiano, per cui sono necessarie azioni di alfabetizzazione e di promozione dell'apprendimento e le cosiddette "seconde generazioni" per le quali invece sono necessarie azioni di promozione della piena cittadinanza, dell'esercizio del diritto e della democrazia, ecc.. Il distretto di Casalecchio di Reno (provincia di Bologna) esprime il bisogno degli insegnanti di acquisire competenze specifiche per potere esercitare la funzione educativa al meglio anche con gli studenti stranieri: poter disporre di mediatori interculturali, alfabetizzatori ed educatori che possano intervenire sugli alunni, ma anche sulle famiglie, diviene una necessità che coinvolge la Scuola e i Servizi insieme. Analoga necessità viene espressa anche dal distretto di Porretta Terme, sempre della provincia di Bologna.

Ancora, il distretto di Casalecchio pone attenzione al sostegno di adolescenti e giovani inseriti in percorsi di apprendistato per supportare l'entrata nel mondo del lavoro: sono esplicitati pertanto gli obiettivi di potenziamento delle attività, quali il servizio di tutoring, promosse dai Centri per l'Impiego in collaborazione con la Scuola, la formazione professionale e i Servizi sociali, ma anche con i contesti aggregativi presenti nel territorio.

Il distretto di Faenza a proposito della necessità di integrazione fra servizi, cita un tavolo permanente finalizzato al confronto e all'integrazione tra servizi e associazioni e alla messa in rete delle risorse pubbliche e private (giunto al 4° incontro collegiale) che affronta temi legati all'interruzione volontaria di gravidanza e al sostegno alla genitorialità responsabile, svuotando il problema a tutto tondo: la necessità di maggiore diffusione della contraccezione, visto l'aumento delle gravidanze indesiderate; l'evidenziazione della consistente quota di gravidanze di donne straniere; la necessità di collabora-

zione maggiore fra consultorio e servizi sociali, date le crescenti difficoltà delle donne a gestire la maternità; le difficoltà nel riconoscere i figli, ecc.. Viene espressa inoltre la necessità di un maggior coinvolgimento della divisione di ostetricia e ginecologia per quanto riguarda il contatto e il controllo post interruzione di gravidanza. Fra gli obiettivi, si indica un maggiore raccordo e connessione fra Servizi sociale, Centro per le famiglie e consultorio, ma anche l'assicurare "prese in carico" che rispondano al concetto di co-titolarità fra sociale e sanitario (a partire da "agende" e "banche dati" comuni ai due servizi).

3.12.4 Anziani insieme a Disabili: tipologie di bisogni prevalenti

Anziani INSIEME A Disabili

Come accennato, per completezza di esposizione si sono esaminate anche quelle "tabelle 1" compilate dai distretti nei quali i due target (anziani e disabili) venivano considerati simultaneamente.

N° Distretti interessati: 10

Distretti: Correggio (RE), Sassuolo (MO), Imola (BO), Pianura Est (BO), Porretta Terme (BO), Ovest Centro (FE), Sud Est (FE), Lugo (RA), Faenza (RA), Forlì (FC)

N° "tabelle 1" in cui sono stati selezionati contemporaneamente questi due target: 20

Laddove i due target sono trattati insieme si possono evidenziare dei distretti che hanno individuato bisogni trasversali a entrambi i target. Per quanto riguarda i bisogni si ritrova la compresenza di bisogni dei servizi e di bisogni delle due popolazioni target: si parla di necessità di implementare i trasporti speciali e sociali, azioni di qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari, gli interventi di semplificazione e accesso ai servizi sanitari, i percorsi di dimissione pianificata, azioni di analisi delle fragilità, azioni di sostegno alla domiciliarità, azioni di prevenzione di fattori di rischio e sicurezza domestica, azioni di promozione di vita sociale attiva e di attività culturali e ricreative, azioni di promozione di stili di vita sani.

Si possono poi evidenziare distretti che, a partire dal concetto di non autosufficienza o 'fragilità' (mix di bisogni) individuano la necessità di completare l'offerta residenziale per gli utenti disabili e anziani, la necessità di rafforzare le competenze degli attori dei percorsi di salute e cura unendo alle competenze tecniche le capacità relazionali indispensabili per la presa in carico del cittadino disabile e/o anziano.

Non mancano i casi in cui, pur essendo indicati entrambi i target nella "tabella 1" i contenuti sono presentati in modo disgiunto, ovvero si ha una sezione dedicata ai bisogni in area anziani e poco oltre, una dedicata alla disabilità. In questi casi ricorrono le stesse tematiche già descritte in entrambe le aree già presentate (area Anziani e Area Disabilità)

3.12.5 Anziani insieme a Disabili: tipologie di obiettivi prevalenti

Laddove i due target sono trattati insieme si possono eviden-

ziare dei distretti che hanno individuato obiettivi trasversali a entrambi i target. I contenuti sono un'ulteriore declinazione dei bisogni sopra evidenziati. Ad esempio, vengono indicate alcune necessità: di coordinamento dei soggetti del Terzo Settore che svolgono attività di trasporto; di formazione delle assistenti famigliari e di sperimentazione o prosecuzione con i Centri per l'Impiego di forme di incontro efficaci tra domanda e offerta; di attivazione o potenziamento del CAAD; di prevenzione di situazioni di fragilità psicologica e sociale. Inoltre sono molti i distretti che trattano in questa sede obiettivi di rafforzamento di specifici interventi già in essere, anche attraverso l'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza: assegni di cura, ricoveri di sollievo, sostegno al care giver, continuità assistenziale e percorso ospedale-territorio, ecc. In altri termini, questa tipologia di obiettivi tende, nel complesso, a migliorare la qualità della vita della persona non autosufficiente e del suo nucleo familiare, promuovendo lo sviluppo di servizi e interventi integrati socio-sanitari per il sostegno alla domiciliarità e il sollievo e il sostegno familiare,.

Quando i distretti trattano anziani e disabili a partire dalla condizione di "non autosufficienza" che li accomuna, gli obiettivi individuati riguardano il miglioramento dell'informazione e della comunicazione relativa ai servizi rivolti ad anziani e disabili, la maggior strutturazione delle équipe di valutazione multi professionale per i disabili e per gli anziani

3.12.6 Giovani insieme a dipendenze: bisogni e obiettivi prevalenti

Giovani INSIEME A Dipendenze

Riguardo alle "tabelle 1" dei Piani che comprendono i bisogni e gli obiettivi riferiti al target dei giovani e dell'area dipendenze, sono pochi i temi aggiuntivi rispetto a quanto emerso nell'analisi appena svolta sui giovani.

N° Distretti interessati: 9

Distretti: Fidenza, Guastalla, Reggio Emilia, Correggio, Carpi, Mirandola, Sassuolo, Pianura Est, Forlì

N° "tabelle 1" in cui sono stati selezionati contemporaneamente questi due target: 10

Si riprendono infatti gli stessi temi ed emerge anche qui la doppia ottica di prevenzione e promozione da un lato e "riparazione" e riduzione del danno, dall'altro. Così come si evidenzia la necessità di migliorare gli strumenti di lettura ed interpretazione del bisogno e di costruzione di una rete di soggetti, risorse ed opportunità.

Le considerazioni specifiche che emergono, "nuove" rispetto a quelle già proposte nel paragrafo precedente a proposito delle dipendenze, sono le seguenti:

- l'attenzione all'abbassarsi dell'età nel consumo di sostanze, alcool e fumo;
- la necessità di monitorare il rapporto tra i giovani stranieri, l'alcool e le sostanze, prevedendo interventi più adeguati alle loro specifiche difficoltà, ad esempio con il coinvolgimento di mediatori interculturali;
- il coinvolgimento delle "forze dell'ordine" nelle iniziative di prevenzione, ad esempio nel caso degli incidenti stradali;
- l'obiettivo di rafforzare le azioni di inserimento lavorativo

(es. borse lavoro), anche in un'ottica terapeutica, dei giovani con problemi di dipendenze.

In generale, le "tabelle 1" con il doppio target giovani+dipendenze non differiscono nella sostanza da quelle che segnalano esclusivamente il primo target. Infatti, anche nelle prime sono compresi numerosi interventi orientati alla promozione del benessere, della partecipazione, dell'integrazione, che nulla hanno a che fare con i comportamenti e le problematiche connesse all'uso, abuso, dipendenza da sostanze, alcool o altro.

3.13 Quando il target è tutta la popolazione

N° Distretti interessati: 30

Distretti:

Piacenza ponente (PC), Piacenza Levante (PC), Piacenza, Parma, Fidenza (PR), Sud est (PR), Valli Taro Ceno (PR), Reggio Emilia, Scandiano (RE), Val d'Enza (RE), Correggio (RE), Castelfranco (MO), Pavullo (MO), Sassuolo (MO), Modena, Carpi (MO), Mirandola (MO), Porretta Terme (BO), Casalecchio di Reno (BO), Imola (BO), Pianura Est (BO), Ferrara Sud est (FE), Lugo (RA), Faenza (RA), Ravenna, Forlì, Cesena Savio (FC), Rubicone Costa (FC), Riccione (RN), Rimini.

N° "tabelle 1" in cui sono stati selezionati contemporaneamente tutti i target: 135

3.13.1. Sintetiche annotazioni di metodo

Sono qui analizzate le "tabelle 1" nelle quali sono stati contrassegnati tutti i nove target di popolazione e/o nelle quali i distretti, pur non avendo barrato i target, hanno esplicitato che si tratta di bisogni/obiettivi trasversali, rivolti a tutta la cittadinanza di quel territorio.

Le questioni affrontate in queste tabelle, nelle quali si tratta di interventi rivolti a tutta la popolazione, sono molteplici: si parla infatti di accesso ai servizi, di casa, lavoro, trasporti, sicurezza, coesione sociale, Terzo Settore, marginalità sociale. Inoltre, si parla di sanità e, in particolare, di prevenzione e cura di malattie, di stili di vita, di organizzazione dei servizi sanitari; tuttavia, dato che l'ambito sanitario è qui esplicitato da pochi distretti si è scelto di rimandare la trattazione del tema ad un capitolo ad hoc nel quale far confluire i diversi contenuti sanitari, al di là del target di popolazione attribuito nelle tabelle.

3.13.2. Tipologie di bisogni prevalenti

Le categorie che più frequentemente ricorrono riguardano i bisogni dei servizi, quelli relativi alla rete e quelli relativi alla popolazione target.

Per completezza di informazioni, si rilevano, in maniera un po' inaspettata anche in queste tabelle in cui sono stati barrati tutti i target, delle esigenze di specifici target di popolazione (o rispetto al tema dell'accoglienza in struttura o dei servizi di prossimità). Ancora, e forse questo è più comprensibile, si rileva la necessità di sostenere le famiglie nelle loro funzioni di cura specialmente nelle situazioni di maggiore svantaggio socio-relazionale e sanitario. La famiglia in quanto soggetto sociale sembra diventare la chiave di lettura per tutta una serie di bisogni: assistenziali e di cura (verso bambini, adulti/anziani non autosufficienti o disabili), economici (laddove la famiglia è rete di supporto a contrasto di povertà

per i suoi componenti), e ancora bisogni educativi, di accoglienza e solidarietà (affido e adozione).

Garanzia ed equità di accesso

Un primo gruppo di bisogni riguarda il sistema dei servizi e interventi, sociali e sanitari declinato con diverse accezioni.

Innanzitutto, come necessità di migliorare l'accesso ai servizi e alle prestazioni ossia di assicurare "uguali livelli di informazione e accoglienza al cittadino", "equità" e, allo stesso tempo, sul fronte dei servizi, di poter disporre di informazioni quali-quantitative sulla domanda sempre più aggiornate; più in generale, si tratta di garantire le migliori condizioni di accessibilità ai servizi territoriali, cercando di superare le diversità presenti a livello distrettuale. In qualche caso (vedi Castelfranco Emilia -MO) si esplicita anche la necessità di "garantire uniformità dei regolamenti per la contribuzione degli utenti ai costi dei servizi". Tutte queste esigenze si rintracciano diffusamente in molti distretti, con riferimento sia all'ambito socio-assistenziale che sanitario. In taluni casi l'accesso ai servizi viene declinato per fasce di popolazione specifiche: molte le segnalazioni rispetto alla necessità di facilitare/migliorare l'accesso dei cittadini con nazionalità straniera, e, in particolare, di donne e minori di 18 anni (aspetto, come si è visto, già considerato anche per quanto riguarda l'area Responsabilità famigliari).

Ricorrono poi bisogni trasversali a tutti i target di popolazione e che, riprendendo le categorie di bisogni fin qui utilizzate, incrociano sia bisogni dei servizi che dell'intera comunità locale. Si tratta delle seguenti tematiche: casa, lavoro, trasporto, rapporto ambiente-salute, sicurezza (stradale, sul lavoro, alimentare, sociale), coesione sociale.

Ovviamente, si tratta di temi già oggetto di specifiche politiche settoriali e spesso sviluppate più approfonditamente da altri strumenti di pianificazione ma, in un'ottica di integrazione, vengono a buon diritto inserite entro la programmazione dei Piani distrettuali, in quanto riconosciuti come fattori protettivi importanti proprio per il benessere sociale e la salute. Sono evidentemente ancora tentativi a livello embrionale che non trovano rilevanti spazi di approfondimento, né sul fronte dell'analisi dei bisogni né, purtroppo, nella definizione di obiettivi (e infatti spesso o vengono riportati i contenuti dei Profili o si descrivono le problematiche piuttosto che individuare espliciti bisogni oppure si passa a definire obiettivi generali). E tuttavia testimoniamo una 'nuova' attenzione e sensibilità quantomeno culturale. Tali tematiche trasversali sono trattate (con riferimento, non va dimenticato, all'area qui analizzata, ossia il multitarget) prevalentemente dai distretti della provincia di Piacenza, Reggio Emilia, Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini.

...Casa...

Nella trattazione del tema casa viene data particolare evidenza ai target di popolazione considerati più vulnerabili, quali famiglie monogenitoriali con figli minori, anziani, adulti fragili, soggetti con redditi medio bassi e/o con precarietà lavorativa: per tutti la necessità è di essere sostenuti nei "costi dell'abitare" (affitto, utenze, rate del mutuo, etc...). Per quanto riguarda persone disabili o con limitazioni fisiche viene rilevata la necessità di rendere le abitazioni accessibili. Strettamente connesso alle necessità di alcune categorie so-

ciali emerge inoltre il bisogno dei servizi di aggiornare e rafforzare le politiche abitative sia per facilitare l'accesso al bene casa, sia per supportare quanti faticano a sostenerne i costi (per esempio, incrementando la disponibilità di alloggi di edilizia residenziale pubblica, potenziando i contributi per l'affitto, per l'acquisto della prima casa, etc...). Infine, seppur quantitativamente minoritario, viene indicato tra i bisogni il rapporto tra condizioni abitative e salute: in particolare, il distretto di Forlì indica come la qualità delle condizioni abitative svolga un ruolo importante sullo stato di salute dei residenti (e, a tale proposito, cita uno studio condotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel comune di Forlì nel 2002).

...Lavoro...

Il lavoro viene trattato da un numero limitato di distretti. Solitamente si tratta di bisogni dei servizi: ad esempio, viene esplicitata la necessità di attuare politiche attive per il lavoro per fare fronte allo stato di crisi occupazionale attuale, o ancora, necessità di percorsi di inserimento lavorativo per specifici target di popolazione (fasce deboli, disoccupati, giovani, donne). Vengono evidenziate le criticità dell'attuale mercato del lavoro caratterizzato sempre più da forme non standard e precarie di rapporti lavorativi; il distretto di Forlì specifica alcuni particolari bisogni sia sul fronte del singolo cittadino/lavoratore (mantenimento di opportunità lavorative dei capofamiglia monoreddito e degli over 50 anni anche attraverso l'utilizzo della formazione professionale), sia sul fronte delle aziende (promozione della responsabilità sociale dell'impresa attraverso iniziative promozionali, facilitazioni burocratiche, adozione di specifici meccanismi di valorizzazione dell'impresa etica nell'ambito degli appalti pubblici). Infine, rispetto al tema del rapporto tra lavoro e conciliazione con la vita familiare si ribadisce la necessità di favorire una più equilibrata presenza di uomini e donne sia nel mercato del lavoro che nelle attività di cura.

...Trasporto...

Tra le tematiche trasversali viene trattato anche il tema trasporto, che tuttavia, dato il numero di distretti che lo affronta, risulta piuttosto residuale. I bisogni rilevati fanno riferimento soprattutto ai servizi e, in particolare, alla necessità di rendere maggiormente accessibili le città e i servizi per quanti non sono autosufficienti (da cui l'indicazione a potenziare i collegamenti dei trasporti pubblici ai servizi, al loro adeguamento rispetto alle persone disabili, al potenziamento dei semafori per non vedenti). Segnalati anche bisogni riguardanti tutta la popolazione laddove si parla di creare percorsi protetti (pedonali, ciclabili, ecc.) o si evidenzia un limitato ricorso a forme di mobilità alternative all'autovettura sostenibile.

...Ambiente e salute...

E veniamo al rapporto ambiente e salute trattato da Forlì e Piacenza e, in modo molto sintetico, citato dai distretti di Lugo (RA) e Correggio (RE): si parla di ambiente per ribadire i livelli di inquinamento atmosferico, oppure per sottolineare alcune necessità generali di progettazione dei contesti urbani (ad es. consolidare le politiche dell'assetto territoriale, ambiente, urbanistica, viabilità, mobilità, ecc. per contrastare i rischi di salute e isolamento in ogni contesto di vita). Il di-

stretto di Forlì tenta di specificare bisogni più dettagliati sottolineando anche l'elevata sensibilità della propria comunità verso i problemi ambientali: si ribadisce quindi la necessità di coerenza/allineamento tra i differenti livelli di pianificazione e tra gli strumenti di regolazione, entro e tra Comuni, quali i regolamenti urbanistici ed edilizi di nuova generazione; di rafforzare la partecipazione alle fasi di consultazione prima dell'avvio dei piani territoriali generali e settoriali; la necessità di approcci integrati di tipo operativo tra ARPA e Dipartimento Sanità Pubblica AUSL (le disposizioni sulla materia degli ultimi anni ripropongono una funzione valutativa sugli effetti alla salute che può essere esercitata solo mediante dispositivi funzionali di integrazione tra il sistema della prevenzione e quello della tutela dell'ambiente). E ancora la necessità di un migliore coordinamento tra campagne e iniziative di informazione / comunicazione/ educazione e promozione alla salute sui rischi ambientali intra e inter Comuni nel comprensorio e prioritariamente nel contesto delle Scuole del territorio. Piacenza sottolinea anche la necessità di razionalizzare il ciclo di produzione dei rifiuti riducendo l'impatto ambientale e paesaggistico conseguente allo smaltimento in discarica e all'incenerimento con contenimento delle emissioni. Emerge come, ancora più della casa o del lavoro, il rapporto ambiente-salute sia trattato in modo sporadico e generalista, un argomento che sembra essersi solo "affacciato" entro la programmazione dei Piani distrettuali.

...Sicurezza...

La sicurezza, infine, è un tema trasversale declinato nelle sue tante sfaccettature: sociale, stradale, alimentare, sicurezza sul lavoro. Le analisi o l'individuazione di bisogni sono tuttavia molto generali: ad esempio, si indica la necessità di migliorare la sicurezza stradale, in particolare per utenti deboli quali lavoratori con alta mobilità, pedoni, bambini e anziani, oppure, si elencano tutte le tematiche senza specificazioni; ad esempio, il distretto di Pavullo riporta tra i bisogni il seguente elenco: sicurezza di vita, sicurezza nei luoghi di lavoro, sicurezza alimentare e tutela della salute, sicurezza stradale.

La sicurezza è trattata anche nella sua accezione sociale. Alcuni distretti della provincia di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini sottolineano la necessità di garantire la sicurezza sociale della popolazione, in particolare per le fasce più a rischio (es. donne ed anziani) e di fornire adeguate risposte in ordine alle richieste di maggiore tutela e sicurezza che pervengono dalla cittadinanza. Si evidenziano alcuni segnali di sofferenza del clima sociale indicati da un atteggiamento di maggiore chiusura rispetto all'esterno, da una mutata sensibilità al rischio e al contrasto tra sicurezza reale e percepita.

...Coesione sociale...

La sicurezza sociale si intreccia nei Piani con il tema della comunità locale e delle difficoltà che le caratterizzano. In particolare, si parla spesso di coesione sociale e di reti comunitarie. Ad esempio, il distretto di Riccione, a fronte di un senso di insicurezza molto forte nella cittadinanza ribadisce la necessità di ridiscutere a livello locale le tematiche che prioritariamente riguardano le "reti comunitarie" (famiglia, vicinato urbano e parentale, volontariato), la capacità delle aziende di produrre capitale sociale, i modelli di governance

del territorio e dei processi produttivi. Si sottolinea che è in atto una tendenza “ alla rarefazione delle relazioni interpersonali ed alla disarticolazione dei contesti comunitari in cui tradizionalmente le persone trovavano sostegno e possibilità di condivisione delle esperienze fondamentali di vita. Ciò sebbene sia ormai molto chiaro (e documentato dai più avanzati studi socio-economici) che la crescita delle prospettive di vita è maggiormente dipendente dalla condivisione sociale e dalla possibilità di esercitare le libertà sostanziali di partecipazione alla vita comunitaria piuttosto che dalla ricchezza o dal reddito disponibile” . Anche il distretto di Porretta Terme (BO) ribadisce il bisogno di valorizzare e sostenere il “ tessuto di relazioni formali e informali, le reti di collaborazione e le istituzioni sociali che favoriscono l’azione collettiva, il senso di solidarietà civile e dell’appartenenza” , che costituiscono storicamente una caratteristica del territorio e “ la principale ricchezza, vera e propria infrastruttura sociale che ha avuto un ruolo determinante per il benessere e lo sviluppo della nostra regione” . Sono poi alcuni distretti della Romagna a ribadire l’importanza di perseguire un effettivo welfare di comunità che è anche garanzia di equità, trasparenza e percorribilità da parte di tutti gli abitanti, presidio di fenomeni e bisogni complessi. Insomma, un riferimento anche concettuale ribadito con forza ma che appare sempre più difficile da sostenere.

...Terzo
Settore...

Sul fronte del coinvolgimento attivo della comunità locale sono rintracciabili richiami anche alla necessità di rafforzare i legami con le organizzazioni del Terzo Settore, nel tentativo di migliorare il rapporto con i soggetti rappresentativi della società civile sul piano dell’informazione, condivisione e delle garanzie verso l’utenza (come sottolinea il distretto di Faenza), oppure di promuovere le organizzazioni non profit (soprattutto il volontariato) e di incentivare forme di rappresentanza distrettuale dello stesso Terzo Settore.

3.13.3 Tipologie di obiettivi prevalenti

A fronte dei bisogni descritti nel paragrafo precedente cosa si è trasformato in obiettivi di programmazione?

Coerentemente con i bisogni indicati, sono presenti tanti obiettivi legati ai servizi e alla necessità di costruire o consolidare le reti di scambio tra servizi e tra Istituzioni, per lo più nell’intento di semplificare, qualificare e integrare i percorsi di accesso e presa in carico. Ma sono indicati anche molti obiettivi della comunità (soprattutto di prevenzione e promozione) e, come già emerso per i bisogni, un po’ inaspettatamente in questa area, obiettivi legati a specifici target di popolazione, in particolare famiglie, ragazzi/e, giovani e donne.

Come si diceva, un primo gruppo di obiettivi sono legati ai servizi e sono da connettere alle numerose novità introdotte da recenti delibere regionali (sul Fondo regionale per la non autosufficienza, sulla programmazione sociale e sanitaria, sullo sportello sociale, sull’accreditamento) le quali ridefiniscono l’organizzazione del sistema dei servizi e, più in generale, il sistema di welfare regionale: in particolare, alcuni uffici/servizi assumono nuove funzioni, divenendo snodi strategici per il funzionamento e l’implementazione dei cambia-

menti del sistema di welfare. È questo, in particolare, il caso dell’ufficio di piano distrettuale e dello sportello sociale.

Le ricadute sui sistemi dei servizi locali introdotte dalla normativa regionale sono evidenti dai contenuti inseriti nelle tabelle qui analizzate. Molti distretti infatti pongono l’accento sulla necessità di potenziare e stabilizzare l’Ufficio di piano, di realizzare un accesso ai servizi e alle prestazioni sempre più unificato, integrato, in termini di percorsi di accesso, di presa in carico, di continuità assistenziale. E questo è possibile attraverso il perseguimento di obiettivi legati alla rete inter-intra istituzionale, ossia attraverso connessioni tra servizi, tra sistemi informativi, tra figure professionali del settore sociale e sanitario (quindi molto tra Comuni e A.Usl). Anche lo sportello sociale viene più volte citato quale servizio da implementare laddove non ancora attivo, o da potenziare in quanto “ porta unitaria di accesso” ; un servizio che oltre a semplificare l’accesso per i cittadini, deve anche entrare in rete, ossia connettersi con altri sistemi di accesso per la cura e l’assistenza, con i sistemi informativi presenti a livello locale, con i tanti sportelli tematici di orientamento/informazioni al cittadino.

L’attenzione all’Ufficio di piano e/o agli sportelli sociali si rintraccia diffusamente in più di un distretto nelle seguenti province: Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Forlì-Cesena, Rimini¹¹.

Citata anche la Carta dei servizi (es. distretto di Lugo e Faenza – provincia di Ravenna; distretto di Castelfranco Emilia - provincia di Modena) da diffondere a livello distrettuale in quanto strumento che consente “ di mettere in luce le procedure di accesso e gli standard di qualità” .

Interessante quanti hanno indicato come obiettivi per tutta la popolazione anche temi e necessità specificatamente legati a famiglie, bambini/adolescenti, donne: in questi casi, tali target di popolazione sono considerati soggetti sociali con un ruolo strategico nei processi di integrazione sociale e, implicitamente, nella costruzione di comunità locali capaci di affrontare le sfide della globalizzazione (in termini educativi, economici, culturali, sociali). Si parla in questo senso di responsabilità famigliari, ma anche di donne; in quest’ultimo caso, sia come attori importanti per favorire i processi di integrazione sociale (il riferimento è soprattutto alle donne straniere e al loro ruolo nell’educazione dei figli), ma anche come soggetti di cui tutelare la salute o di cui favorire inserimenti lavorativi protetti (laddove vi siano situazioni di fragilità, vedi ad esempio il distretto di Castelfranco Emilia – provincia di Modena). Infine, si parla anche di bambini e ragazzi in quanto nuove generazioni, rispetto alle quali occorre promuovere forme di cittadinanza attiva e consolidare i punti di aggregazione (distretto Sud Est – provincia di Ferrara).

Come già descritto per i bisogni, anche gli obiettivi vengono declinati rispetto ad alcune tematiche trasversali, quali la casa, il lavoro, la sicurezza (in tutti i settori: alimentare, stradale, sul lavoro, sociale...), il trasporto, la coesione sociale. Come anche da indicazioni regionali (a partire proprio dal Profilo di comunità), si tratta di opportunità/servizi la cui esistenza è considerata fattore protettivo per la salute e il benessere sociale e che, al pari degli interventi di cura e assistenza sociale e sanitaria, contribuiscono al benessere delle comunità locali. Sono soprattutto i distretti della provincia di Ravenna e di Forlì-Cesena a fare una scelta chiara in questa direzione, ossia

¹¹ Va precisato che si tratta di questioni nelle quali la maggior parte dei Distretti sono impegnati (rimodulazioni degli Uffici di piano e/o sviluppi/im-

plementazioni dello sportello sociale): la scelta di dove collocare entro il Piano questi temi non è tuttavia omogeneo.

affiancare all'analisi dei problemi l'individuazione di obiettivi per la programmazione locale, in modo specifico e abbastanza approfondito per ciascun tema trasversale.

I problemi connessi alla casa sono svariati e, tuttavia, è molto difficile individuare obiettivi precisi, capaci di poter "aggre-dire" una esigenza che riguarda parti sempre più ampie della popolazione. I distretti di Forlì e Ravenna offrono su questo tema un esempio interessante di ricerca di "soluzioni": si parla di sviluppare, anche in collaborazione con il Terzo Settore, modelli abitativi quali il co-housing inteso come comunità di vicinato in cui coesistono spazi privati e servizi/spazi comuni, di attivare procedure ordinarie di accordi pubblico-privato per il recupero di patrimonio esistente anche sfitto, di realizzare nuovi insediamenti abitativi da destinare ad edilizia sociale a canoni calmierati, di agevolare l'acquisto della prima casa attraverso mutui agevolati, di qualificare urbanisticamente alcuni quartieri o frazioni e realizzare centri di aggregazione e socializzazione.

Il tema lavoro viene trattato individuando obiettivi legati ai servizi e alla necessità di fare rete tra Istituzioni e con i soggetti del privato e privato sociale, il tutto con differenti livelli di dettaglio. Si trovano infatti obiettivi molto generali (ad esempio, attivare politiche attive per il lavoro centrate sul coinvolgimento dei soggetti pubblici e privati e delle organizzazioni di categorie, oppure favorire la crescita del concetto di responsabilità sociale delle imprese); obiettivi più specifici riferiti al rafforzamento della rete (esempio, attivare una regia comune tra Provincia, Comuni, Camera di commercio, mondo economico-fianziario e sindacale; elaborazione e stipulazione da parte dei Comuni del distretto di un protocollo d'intesa con il Servizio Politiche del lavoro della Provincia di Modena per l'attivazione e lo svolgimento di Tirocini formativi e di inserimento lavorativo). Sono inoltre indicati, come si diceva, obiettivi riferiti a specifici target di popolazione, soprattutto donne e giovani (ad esempio, inserimenti lavorativi protetti per donne straniere o per madri sole in un'ottica di prevenzione della vulnerabilità economica; incentivi all'imprenditoria femminile e alla successione d'impresa da parte dei giovani attraverso interventi a sostegno dell'accesso al credito e iniziative di supporto alla conciliazione delle lavoratrici autonome; incentivi alle imprese che favoriscono la stabilità e regolarità del lavoro, la sicurezza, la conciliazione lavoro e famiglia, stabilizzazione dei progetti migratori, per esempio attraverso la valorizzazione delle imprese etiche in sede di gara per appalti e snellimento di procedure amministrative e vantaggi tariffari).

Rispetto al tema trasporto, gli obiettivi si concentrano attorno a due parole chiave: trasporto sociale e mobilità sostenibile. Con riferimento alla prima si indica spesso il potenziamento del trasporto sociale per le fasce deboli da realizzare in collaborazione con il volontariato, l'associazionismo e la cooperazione. La mobilità sostenibile apre invece lo spettro di azione ad una pluralità di obiettivi: ad esempio sostenere ed integrare la rete dei mobility manager locali, sviluppare forme di trasporto alternative, quali il car sharing e il car pooling, promuovere il corretto trasporto dei bambini in auto anche attraverso iniziative in collaborazione con i centri famiglie (distretto di Forlì), potenziare gli incentivi comunali per la sostituzione di vecchi autoveicoli con automezzi a metano o gpl, diffondere le zone a limite di velocità 30 km orari come forma di tutela di pedoni e ciclisti, sviluppare la rete delle piste ciclabili, diffondere il pedibus, come

forma privilegiata per l'accesso a scuola, riforestazione di pianura e sviluppo di aree di ambientazione stradale per la riduzione dell'impatto del traffico veicolare lungo la tangenziale e le autostrade (distretto di Piacenza).

Rispetto al tema ambiente e salute, sono soprattutto alcuni distretti della Provincia di Forlì-Cesena e di Piacenza a sviluppare l'argomento individuando anche possibili obiettivi per il triennio; tali obiettivi, seppur molto generali, riguardano la pianificazione urbanistica, la qualità dell'aria, il risparmio di energia e le fonti rinnovabili, il contenimento della produzione di rifiuti e il potenziamento della raccolta differenziata, il miglioramento dei bacini idrici, la garanzia della sicurezza degli alimenti. Si riporta di seguito qualche indicazione più specifica rintracciabile nel Piano di zona triennale di Forlì: ad esempio, si intende promuovere il riordino dei regolamenti urbanistici ed edilizi comunali, un piano di formazione destinato ai professionisti pubblici e privati sui principali determinanti ambientali e urbanistici e sulle sicurezze; inoltre, si intende migliorare le consultazioni ai fini della pianificazione territoriale valorizzando la partecipazione della comunità locale. Nel Piano triennale della città di Piacenza si definiscono i seguenti obiettivi: tutelare la salute e prevenire le patologie neoplastiche, respiratorie e cardiovascolari, attraverso la riduzione delle emissioni di inquinanti direttamente collegati allo sviluppo di specifiche patologie con rischi particolarmente elevati per la popolazione anziana e minorile, promuovere maggiore consapevolezza delle implicazioni per la salute collettiva di una corretta gestione del ciclo dei rifiuti.

Infine, per quanto riguarda l'ampio tema della sicurezza vengono indicati soprattutto obiettivi afferenti alla sicurezza sul lavoro nell'intento di ridurre gli infortuni e di migliorare la qualità della vita lavorativa: ad esempio, si prevede di realizzare azioni di vigilanza e prevenzione in particolare nei comparti più a rischio (edile, agricoltura, metalmeccanico, legno, ceramico), di inserire nell'attività di prevenzione aspetti relativi al genere, all'età, alla presenza di lavoratori immigrati, alle modalità di organizzazione del lavoro, nonché ad eventuali condizioni di marginalità, di migliorare l'omogeneità degli interventi di prevenzione e vigilanza anche tramite la definizione di standard di attività per quanto riguarda la copertura nel territorio e la metodologia degli interventi tramite il miglioramento della capacità operativa dei Servizi delle Asl; di sviluppare la collaborazione tra Dipartimento Sanità Pubblica dell'A.Usl, Provincia, Comuni e altri Enti di controllo per favorire la sicurezza e la regolarità del lavoro nei cantieri, anche mediante strategie di valorizzazione di imprese virtuose.

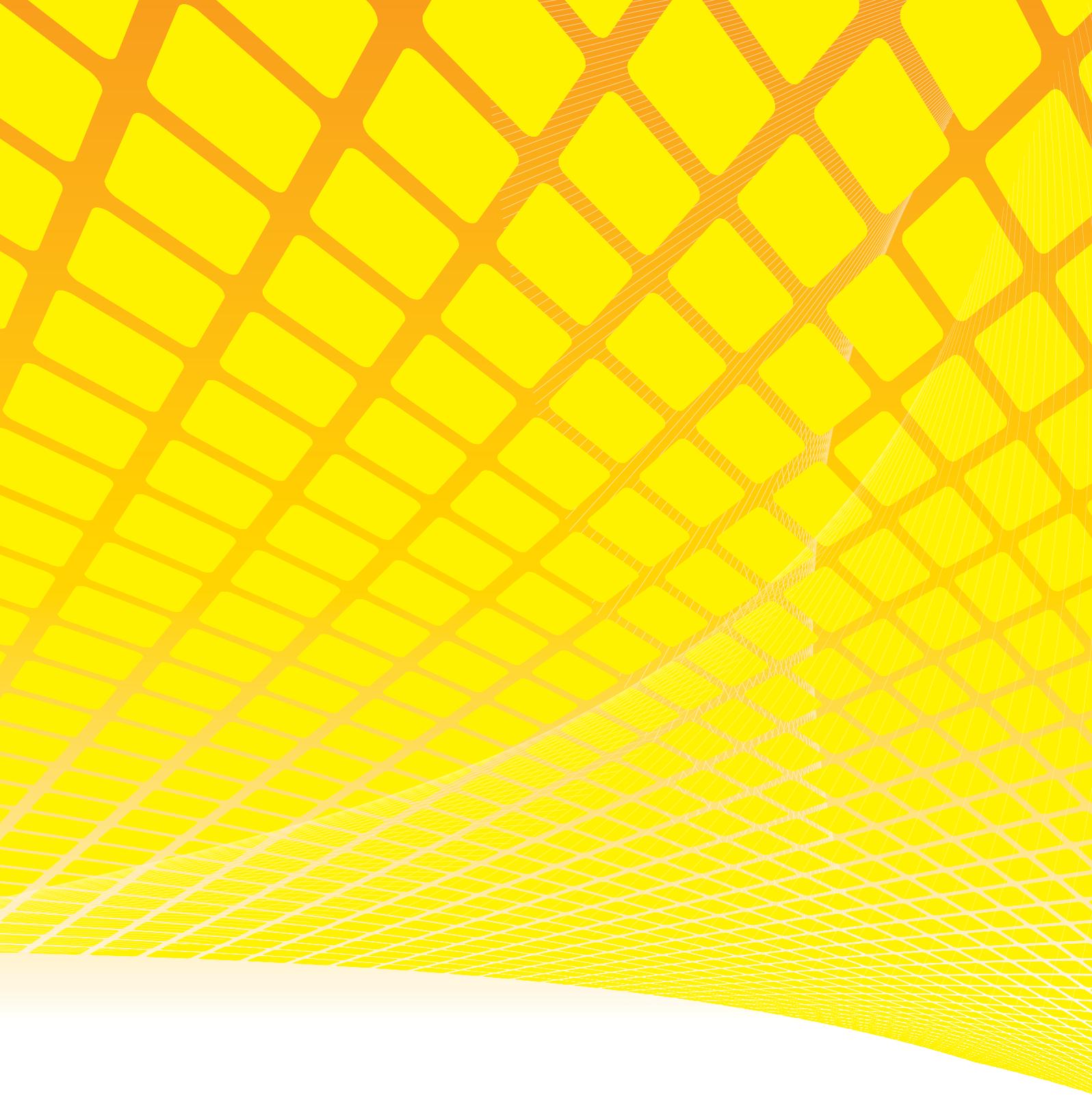
Si parla inoltre di sicurezza alimentare e stradale. Nel primo caso gli obiettivi fanno riferimento alla tutela della salute di alcuni luoghi (es. mense scolastiche e strutture anziani), oltre che di specifiche fasce di popolazione, quali soprattutto i bambini, nell'intento di promuoverne una sana alimentazione; inoltre si indicano anche obiettivi per educare, informare e formare produttori, esercenti e personale addetto ad attività alimentari sull'igiene degli alimenti, nonché per riqualificare il personale addetto ai controlli. Infine, più volte si parla di realizzare specifiche campagne informative ai consumatori con nuove modalità comunicative (es. distretto di Castelfranco Emilia – Provincia di Modena).

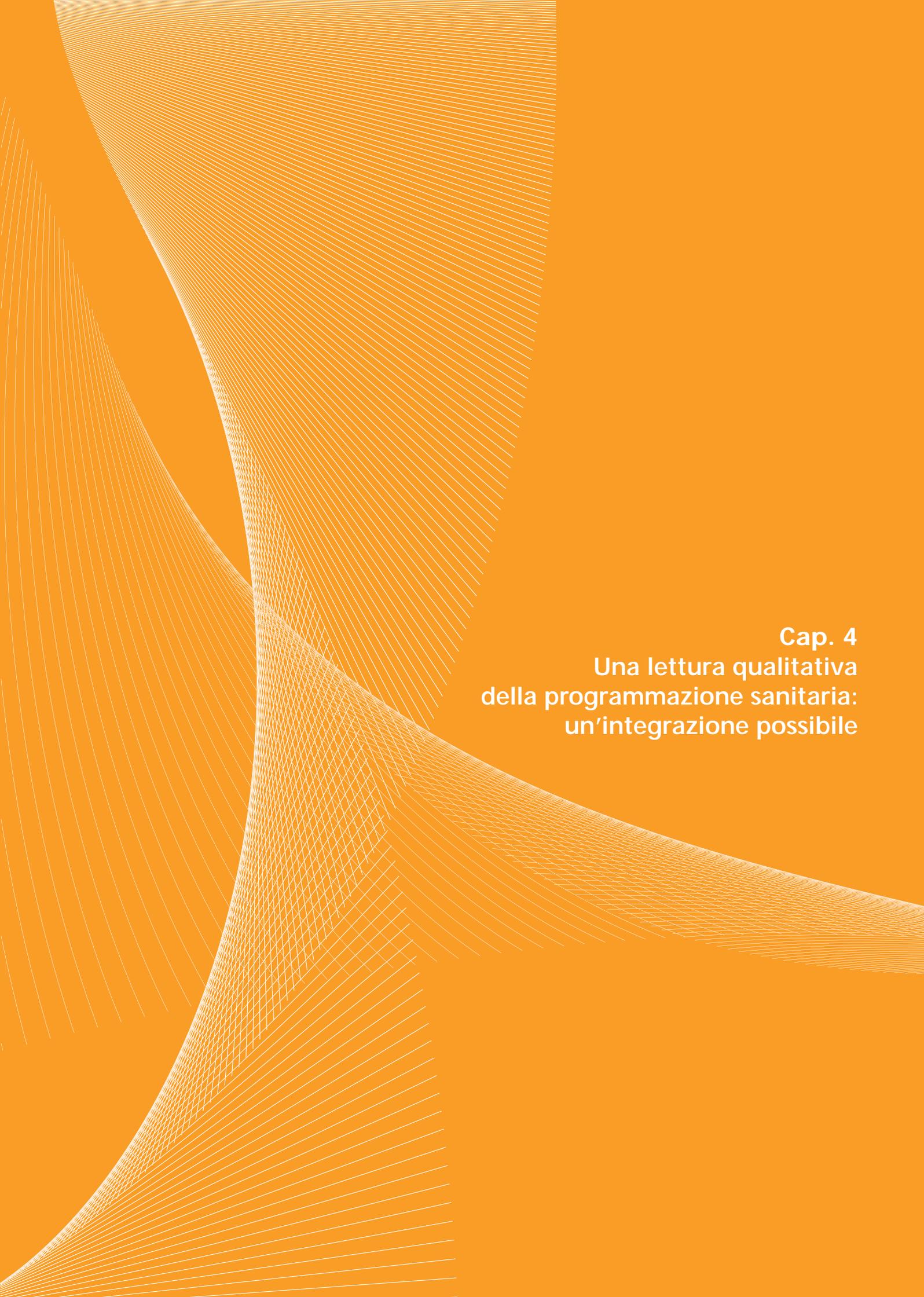
Rispetto alla sicurezza stradale, si ribadisce la necessità di promuovere e sostenere azioni di prevenzione rivolti soprattutto alla popolazione giovanile.

Infine, si rintracciano anche obiettivi riguardanti la sicurezza

sociale, afferibili ad obiettivi dei servizi ma, soprattutto, ad obiettivi della comunità: si parla infatti di contrastare la microcriminalità attraverso un presidio più puntuale del territorio, ma più diffusi sono obiettivi riguardanti la riqualificazione urbana di aree di città considerate a rischio (citati anche i contratti di quartiere), le campagne di informazione rivolte ai cittadini, il rafforzamento e la cura delle reti informali della comunità locale (e tra questi vengono indicate banche del tempo, gruppi di acquisto solidali), nonché la sperimentazione o realizzazione di azioni per accrescere la fiducia e la coesione sociale (ad esempio, il distretto di Ravenna cita il progetto cittadinanza attiva). Peculiarità del distretto di Forlì è l'attenzione al rapporto tra "autoctoni e immigrati": obiettivi sono sostenere e mediare nel territorio l'incontro tra questi due gruppi di popolazione attraverso azioni riguardanti questioni concrete di interesse dei cittadini e che vedano sempre il coinvolgimento operativo dei residenti stranieri (si parla, in taluni casi, di coinvolgere personalità immigrate ben inserite nei contesti locali). Più in generale sul tema, il distretto di

Faenza sottolinea che occorre innovare le politiche della sicurezza orientandole allo sviluppo di una cultura del rispetto delle regole e del diritto alla salute in tutti gli ambiti di vita. Da quanto fin qui riportato è evidente la scarsità di obiettivi specifici su questi temi (a parte gli esempi citati): tale difficoltà è certamente da collegare al fatto che si tratta di questioni affrontate per la prima volta entro la programmazione sociale e sanitaria, che rimandano a problemi che coinvolgono tanti diversi soggetti sia pubblici che privati. Inoltre, come sottolinea il distretto di Castelfranco (MO), si tratta di aspetti che non sono stati affrontati, nei tempi recenti, in modo coerente con la loro rilevanza, che richiedono un forte impegno nonché l'adozione di misure a valenza molto estesa riconducibili a politiche complessive dell'organizzazione sociale. Insomma questioni che richiedono una consapevolezza e una volontà ampia di rimessa in discussione degli attuali stili di vita nonché dell'organizzazione sociale ampiamente intesa.





Cap. 4
**Una lettura qualitativa
della programmazione sanitaria:
un'integrazione possibile**

Cap. 4 – Una lettura qualitativa della programmazione sanitaria: un'integrazione possibile

4.1 Una premessa di metodo

Le modalità con cui vengono trattati i vari e molteplici contenuti della programmazione sanitaria entro i Piani distrettuali sono estremamente diversificate. Si rintracciano nell'analisi diverse scelte distrettuali. E ciò ha reso complesso l'individuazione di un criterio di lettura che rendesse ragione il più possibile, comunque, della ricchezza dei contenuti.

Ciò peraltro non stupisce: la diversità deriva da una pluralità di questioni, tutte complesse e ben note, riprese al termine di questo capitolo e facenti genericamente riferimento ai differenti stili programmatori, linguaggi, metodi e strumenti della programmazione sociale e di quella sanitaria.

L'analisi documentale può essere interpretata come uno "specchio" di tali complesse questioni. Ed infatti ci si trova davanti ad un "campionario" molto variegato di documenti: c'è chi ha dedicato un capitolo ad hoc alla sanità, chi ha riportato in "tabella 1" bisogni e obiettivi solo con riferimento all'area della promozione di sani stili di vita, chi, a fronte di bisogni e obiettivi simili, ha indicato diversi target di popolazione, chi ancora non ha compilato "tabelle 1" ma ha inserito una parte descrittiva sulla programmazione sanitaria. Ad esempio, con riferimento allo stesso tema (patologie prevalenti) può essere stato indicato negli obiettivi la necessità di promuovere l'assunzione di corretti stili di vita e segnalato un target (giovani, anziani e responsabilità famigliari); oppure a fronte dello stesso argomento, gli obiettivi per la cura alle patologie prevalenti si sono articolate in ulteriori sotto-obiettivi (sostegno alle cure primarie e ai percorsi di continuità assistenziale, sviluppo e governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale), tralasciando l'individuazione di target specifici. Quindi modalità diverse di trattare il tema, modalità diverse di identificazione dei destinatari.

Nella consapevolezza della progressività del percorso di integrazione fra programmazioni, la Regione nel documento "Indicazioni di supporto alla redazione del piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale 2009-2011, del Programma attuativo 2009, e dei programmi provinciali immigrati e minori per l'anno 2009" sollecitava l'inserimento nel Piano di zona triennale di alcuni interventi sanitari quali:

- Cure Domiciliari, suddivise per tipologia di assistenza (Domiciliare Integrata (ADI), Domiciliare Programmata (ADP), Domiciliare Infermieristica);
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale;
- Accessi al Pronto Soccorso non seguiti da ricovero per cittadini in età pediatrica e sopra i 65 anni;
- Ricoveri ripetuti per i cittadini sopra i 65 anni.

Pertanto, nella presente analisi, si è anche avuto attenzione a rintracciare proprio questi elementi.

Per le ragioni sopra evidenziate, per questa specifica parte, si è reso necessario "abbandonare" la logica del target di popolazione e ricercare la parte sanitaria nell'intero contenuto dei 38 Piani.

4.2 I contenuti sanitari dei Piani triennali: dove, come, quanto

Nei Piani triennali sono rintracciabili due tipi di contenuti sanitari:

1. bisogni e obiettivi afferibili alla promozione di stili di vita sani (eredità dei precedenti piani per la salute);
2. bisogni e obiettivi della programmazione sanitaria riguardanti in prevalenza i Dipartimenti di sanità pubblica, la rete di assistenza ospedaliera, le Cure primarie. E proprio laddove si affronta il tema "cure primarie" vengono trattati proprio gli interventi sollecitati dalla Regione (cure domiciliari, pronto soccorso per bambini e anziani, ricoveri ripetuti di anziani, assistenza specialistica ambulatoriale).

In alcuni Piani sono stati inseriti nell'ambito sanitario anche bisogni e obiettivi riguardanti la salute mentale (una scelta chiaramente rintracciabile ad esempio nei Piani dei distretti parmensi). Pur trattandosi di interventi sanitari (o socio-sanitari), nel presente capitolo non si dà conto di tali contenuti essendo già trattati nell'area relativa al target di popolazione "salute mentale".

Ulteriori contenuti di ambito socio-sanitario sono inoltre rintracciabili entro i target di popolazione trattati nel capitolo 3 al quale si rimanda (ad esempio, tutto il tema dell'assistenza alla nascita, alle gravidanze, o alla loro interruzione; gli interventi per l'assistenza a persone non autosufficienti, o ancora quelli per la cura di persone tossicodipendenti).

Con riferimento alla promozione di stili di vita sani è da rilevare che tutti i Piani triennali trattano il tema, ovviamente con molte diversità di approfondimento (come si avrà modo di esplicitare nel seguito del presente capitolo). È comunque importante sottolineare che, al di là di quanto e come viene trattato questo tema, i contenuti degli ex Piani per la salute sono di fatto confluiti entro i Piani triennali per la salute e il benessere sociale.

Diversa la situazione rispetto alla programmazione più specificatamente sanitaria. Nella metà dei Piani gli interventi sanitari sono riportati all'interno di un capitolo specifico (solitamente denominato "Obiettivi strategici della sanità"). In questi si trattano molti aspetti: attività di prevenzione (vaccinazioni, screening), percorsi di cura (patologie prevalenti), continuità dei percorsi assistenziali, raccordo tra servizi e professionisti, riorganizzazione di alcuni dipartimenti dell'Ausl. Rispetto agli interventi sanitari sollecitati dalla Regione Emilia-Romagna, si rimanda alla tavola seguente: sono 21 i Piani che li riportano, a fronte di 17 che invece non li trattano. A tal proposito emerge anche una sorta di "scelta provinciale": infatti sono soprattutto i distretti delle province di Parma, Modena e Bologna a presentare tali interventi, mentre non li trattano tutti o quasi i distretti delle province di Ravenna, Piacenza, Forlì Cesena e Ferrara¹². Una situazione invece "a macchia di leopardo" si presenta nelle province di Reggio Emilia e Rimini.

¹² Presumibilmente ciò è da ricondurre a diverse motivazioni: ad esempio, nel caso del territorio provinciale di Ravenna i Distretti hanno scelto di ri-

mandare tutti i contenuti della programmazione sanitaria entro il PAL, in corso di definizione durante la predisposizione dei Piani triennali.

Tavola 1 - Distretti nei cui piani triennali 2009-2011 sono/non sono riportati gli interventi sanitari sollecitati dalla Regione Emilia-Romagna

Provincia	Distretto/Zona sociale	Presenza degli interventi sanitari sollecitati dalla Regione
Piacenza	Piacenza	No
	Levante	Sì
	Ponente	No
Parma	Fidenza	No
	Parma	Sì
	Sud Est	Sì
	Valli Taro Ceno	Sì
Reggio Emilia	Castelnovo	No
	Correggio	Sì
	Guastalla	No
	Reggio Emilia	Sì
	Scandiano	Sì
	Val d'Enza	No
Modena	Carpi	No
	Castelfranco Emilia	Sì
	Mirandola	Sì
	Modena	Sì
	Pavullo	Sì
	Sassuolo	Sì
	Vignola	Sì
Bologna	Bologna	Sì
	Casalecchio di Reno	No
	Imola	No
	Pianura Est	Sì
	Pianura Ovest	Sì
	Porretta Terme	Sì
	San Lazzaro di Savena	Sì
Ferrara	Centro Nord	No
	Ovest Centro	Sì
	Sud Est	No
Ravenna	Faenza	No
	Lugo	No
	Ravenna	No
Forlì-Cesena	Cesena Savio	No
	Forlì	Sì
	Rubicone Costa	No
Rimini	Riccione	Sì
	Rimini	No

È da sottolineare che si è scelto di indicare "Sì" nella tavola anche laddove non ci fosse una trattazione dettagliata e approfondita degli interventi sanitari richiesti dalla Regione, ma ci fosse comunque un riferimento. In particolare, laddove se ne indicava uno solo dei quattro sollecitati¹³.

È da rilevare, inoltre, la tendenza nel Piano distrettuale a fare riferimento anche agli obiettivi in modo generale rimandando le indicazioni più specifiche alla programmazione settoriale dell'A.Usl. Due esempi per tutti: il distretto di Pavullo (MO) accenna alla medicina specialistica ambulatoriale e rimanda

¹³ Ad esempio, nel piano del distretto di Riccione si parla di assistenza specialistica ambulatoriale ma non di cure domiciliari o di pronto soccorso; nel caso del Piano della città di Modena si accenna a tali interventi all'in-

terno di un lungo elenco di obiettivi generali senza alcuna declinazione di dettaglio, e così accade in altri casi.

all'Accordo aziendale MSA 2008-2010 per una trattazione più articolata di quanto si intenda realizzare; ugualmente, sempre con riferimento alla specialistica, nel Piano del distretto Pianura ovest (BO) si fa riferimento al "Programma Aziendale sul Governo della Specialistica".

A tale proposito, occorre ribadire che, oltre agli accordi locali tra A.USL e Comuni, e alle programmazioni specifiche delle A.USL, la programmazione sanitaria si colloca e ha come riferimento anche normative e indicazioni strategiche di pianificazione di livello regionale. E infatti alcuni degli interventi qui descritti sono stati oggetto di recenti atti normativi da parte della Regione Emilia-Romagna e nei Piani si dà conto come i territori intendono darvi applicazione: va ricordato a tale proposito il "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa" (DGR n.1532/2006 integrata con delibera n. 73/2007), e la DGR 2011/2007 che ridisegna l'organizzazione dipartimentale delle A.USL (Dipartimento Cure Primarie, di Salute Mentale, di Sanità Pubblica). Inoltre non vanno dimenticati i progetti regionali ai quali alcuni Piani fanno riferimento (es. progetto SOLE, sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali, ecc.)

Di seguito si dà conto più nel dettaglio dei contenuti riportati nei Piani.

4.3 La promozione di stili di vita sani

Come già accennato, il tema derivante dagli ex Piani per la salute, è stato trattato dalla totalità dei Piani e, in questo senso, si può affermare che sia stato ormai acquisito entro l'attuale programmazione dei Piani distrettuali: ne è una prova il fatto che la promozione di sani stili di vita la si ritrova all'interno degli obiettivi indicati per i target di popolazione e non è, nella maggior parte dei casi, un capitolo a sé stante. Infatti altri contenuti dei Piani per la salute (es. il rapporto tra ambiente e salute, la sicurezza domestica o stradale) sono confluiti nei Piani entro le "tabelle 1" (per target e soprattutto per tutta la cittadinanza) e trattati pertanto anche nel presente rapporto nel capitolo 6.

Si rintraccia una sorta di "filo rosso" nei Piani: la promozione di corretti stili di vita si concretizza, infatti, nella prevenzione dell'obesità e delle malattie metaboliche, nel contrasto delle dipendenze da alcool, fumo e droghe, in progetti nell'ambito delle patologie cardiovascolari. Alimentazione, attività fisica, alcol e fumo sono gli ambiti principali di intervento, che si rivolgono prevalentemente a bambini, adolescenti, giovani e, in seconda battuta, ad anziani. Rispetto a questi target di popolazione i Piani indicano una pluralità di obiettivi e di interventi.

Qualche esemplificazione può essere utile: nel caso del Piano di Forlì con riferimento ai bambini e ragazzi si prevede di sviluppare un progetto sull'alimentazione, in collaborazione con più servizi, con obiettivi sia di promozione che di prevenzione. Tra gli obiettivi si indica di favorire l'allattamento al seno, nonché un maggior ascolto dei bambini attraverso interventi che garantiscano il diritto alla salute, ma anche il riconoscimento del diritto al gusto e al comfort ambientale nell'ambito della ristorazione, di attuare percorsi e progetti di sorveglianza nutrizionale per definire l'andamento del fenomeno "sovrappeso/obesità" rivolti agli operatori, di garantire assistenza ai soggetti con Disturbi del Comportamento Alimentare.

Numerosi anche i progetti per promuovere l'attività motoria

nei bambini che coinvolgono la scuola (percorsi casa-scuola a piedi o in bicicletta etc.).

Sempre con riferimento ai minori, il tema "stili di vita sani" diventa talvolta un contenitore molto ampio nel quale vengono ricompresi una pluralità di interventi, anche di carattere socio-educativo. Ad esempio, nel Piano di Carpi (MO) si intendono realizzare attività di prevenzione ed educazione sanitaria soprattutto nel contesto scolastico e, a tale proposito, si prevedono interventi che riguardano l'educazione all'affettività e alla sessualità, ma anche la prevenzione delle dipendenze patologiche e dei comportamenti a rischio, tra i quali, oltre all'uso di droghe, si indica anche il bullismo; inoltre si prevedono interventi di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare.

Rispetto alla popolazione anziana gli obiettivi indicati riguardano in prevalenza la promozione dell'attività fisico-motoria, attraverso percorsi formativi e terapeutici, campagne di informazione, corsi.

Più marginale, seppur presente, la scelta di inserire entro questa tematica altri ambiti di intervento inclusi nei precedenti Piani per la Salute, quali ad esempio la sicurezza (domestica, sul lavoro, stradale)¹⁴. Anche in questo caso il target di popolazione più ricorrente sono i giovani e, più distanziato, gli anziani.

Si riportano due esempi emblematici che danno conto dei contenuti rintracciabili in più documenti programmatori. Nel Piano di Faenza si intende prevenire comportamenti e stili di vita, diffusi in età giovanile, tendenti alla sperimentazione, uso ed abuso di sostanze psico-attive con particolare riferimento al fenomeno degli incidenti stradali ed alla guida sicura, attraverso l'educazione continua alla legalità quale affermazione di una "cultura del rispetto". Nel Piano di Forlì si prevede di sviluppare il percorso di prevenzione degli incidenti domestici nei bambini, in particolare finalizzato al miglioramento delle competenze e della consapevolezza dei genitori e dei parenti.

4.4 La programmazione sanitaria

I contenuti principali riportati nei Piani riguardano questioni afferenti il Dipartimento di Sanità pubblica e i Nuclei di Cure Primarie (NCP). In entrambi i casi si tratta di settori delle Aziende sanitarie interessati da importanti modifiche della normativa regionale, per cui per entrambi sono indicati varie questioni di tipo organizzativo. Sono inoltre sviluppate altre tematiche, quali l'integrazione della rete ospedaliera con i dipartimenti (per esempio, con riferimento alla gestione dei pazienti fragili e cronici), l'accesso dei cittadini (si parla anche qui molto di cittadini immigrati), i sistemi informativi tra livelli differenti del sistema sanitario (dei medici di medicina generale, tra sportello sociale e sportello unico distrettuale, etc...).

Si ritrovano anche qui "scelte di livello provinciale": ad esempio, tutti i distretti bolognesi riportano un capitolo sul processo di pianificazione strategico dell'A.Usl di Bologna.

Ampio spazio viene dedicato inoltre agli ambiti di azione del Dipartimento di Sanità Pubblica, rispetto al quale si fa riferimento a bisogni ed obiettivi riguardanti le malattie infettive legate al disagio sociale, le malattie infettive emergenti, le malattie prevenibili con vaccinazioni, gli infortuni sul lavoro, le malattie professionali. Molto citati gli interventi di screening dei tumori femminili e del colon retto e le vaccinazioni. I di-

¹⁴ Il tema della sicurezza viene trattato più diffusamente nel presente rapporto nel capitolo 6 laddove si descrivono bisogni e obiettivi riferiti

a tutta la popolazione.

stretti modenesi dedicano una particolare attenzione alla riorganizzazione di tale Dipartimento.

Infine, un ultimo tema, riguarda le patologie prevalenti trattato soprattutto nei piani dei distretti reggiani e bolognesi. A tale proposito, sono indicati obiettivi riguardanti il miglioramento della presa in carico dei pazienti inseriti nei percorsi di cura (ad esempio gestione integrata del diabete mellito, scompenso cardiaco, insufficienza renale, ecc.), oppure obiettivi per prevenire le patologie cardiovascolari, metaboliche e dell'obesità in questo modo ricollegandosi alla promozione di sani stili di vita.

4.4.1 Gli interventi sanitari sollecitati dalla Regione

Una trattazione abbastanza dettagliata degli interventi sollecitati dalla Regione (cure domiciliari, pronto soccorso per bambini e anziani, ricoveri ripetuti di anziani, assistenza specialistica ambulatoriale) è presente nei Piani triennali dei distretti delle province di Parma, Modena e Bologna.

Cure domiciliari - Accessi al Pronto Soccorso non seguiti da ricovero per cittadini in età pediatrica e sopra i 65 anni - Ricoveri ripetuti per i cittadini sopra i 65 anni.

Si sono riaccorpate tre dei quattro interventi sollecitati dalla Regione, in quanto tali questioni riguardano tutte (direttamente o meno) la recente ridefinizione entro il Dipartimento delle Cure Primarie dei Nuclei di Cure Primarie (DGR 2011/2007), che si dovranno occupare anche (ma non solo) di tali temi/criticità. Questi Nuclei, infatti, dovranno sempre più diventare il luogo (fisico ma non solo) nel quale avviene il governo dell'assistenza primaria, snodi per la crescita di relazioni stabili ed efficaci fra assistenza territoriale e servizi specialistici ospedalieri. Al loro interno è prevista la presenza di un servizio infermieristico domiciliare che dovrà definire progettualità specifiche nei confronti dei pazienti dimessi dall'ospedale, di quelli che accedono frequentemente al pronto soccorso o di quelli ripetutamente ricoverati. Occorre infatti ricordare che l'accesso al pronto soccorso (per bambini e anziani) è considerato inappropriato qualora non si trasformi in ricovero. A tal proposito viene previsto un ampliamento del numero di ore di apertura giornaliera degli ambulatori dei medici associati, nonché, nei distretti del parmense, la qualificazione degli interventi medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) a favore della popolazione pediatrica. Ad esempio, con riferimento alle cure domiciliari, il distretto Sud Est (PR) definisce obiettivo del triennio il consolidamento del sistema di cure domiciliari. Più nel dettaglio si prevedono azioni per migliorare o potenziare i percorsi assistenziali coordinati in caso di dimissioni difficili, il raccordo tra medici di medicina generale e i medici di continuità assistenziale, l'assistenza a domicilio per le patologie croniche, maggiore utilizzo del progetto di vita e di cura quale strumento per garantire la presa in carico integrata del paziente assistito a domicilio.

Assistenza specialistica ambulatoriale

Nei piani vengono riportate descrizioni dell'offerta di presidi territoriali (dell'azienda sanitaria, dell'azienda ospedaliera, privati accreditati), con l'evidenziazione dei punti di forza e delle principali criticità. Tra le questioni oggetto di forte interesse vengono indicate il governo dei tempi di attesa, le modalità organizzative nell'erogazione delle prestazioni urgenti ed urgenti differibili, l'attivazione dei Punti di accettazione entro i presidi che si configurano come Punti di accoglienza. Gli obiettivi strategici unanimemente condivisi sono il governo

dei tempi di attesa e il miglioramento dell'appropriatezza attraverso il lavoro dei gruppi professionali. Ad esempio, per quanto riguarda il distretto di Parma si individuano i seguenti obiettivi:

- 1) Ampliamento dell'offerta (pubblica e/o privata);
- 2) Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e governo clinico;
- 3) Integrazione degli specialisti (territoriali ed ospedalieri) nelle sedi dei nuclei di cure primarie e nelle medicine di gruppo;
- 4) Miglioramento dell'accesso.

Nel Piano del distretto di Reggio Emilia si indica quale obiettivo per il triennio quello di dare completa attuazione alla delibera regionale che definisce LEA specifici per l'odontoiatria. In quello di Vignola (MO) si sottolinea soprattutto il miglioramento dell'accesso alle prestazioni.

4.5 Per una sintesi: alcune valutazioni

Le ragioni
delle diversità
di stili
di
programmazione

Indicazioni sulla programmazione di ambito sanitario sono rintracciabili nella metà dei Piani distrettuali triennali, anche se, come già detto, con modalità di trattazione molto differenti; inoltre, non va dimenticato che altri "pezzi" di interventi sanitari sono presenti nei Piani ma, nel presente rapporto, sono stati commentati in altri capitoli (il riferimento è alla salute mentale e a tutti gli interventi socio-sanitari rivolti a specifici target di popolazione).

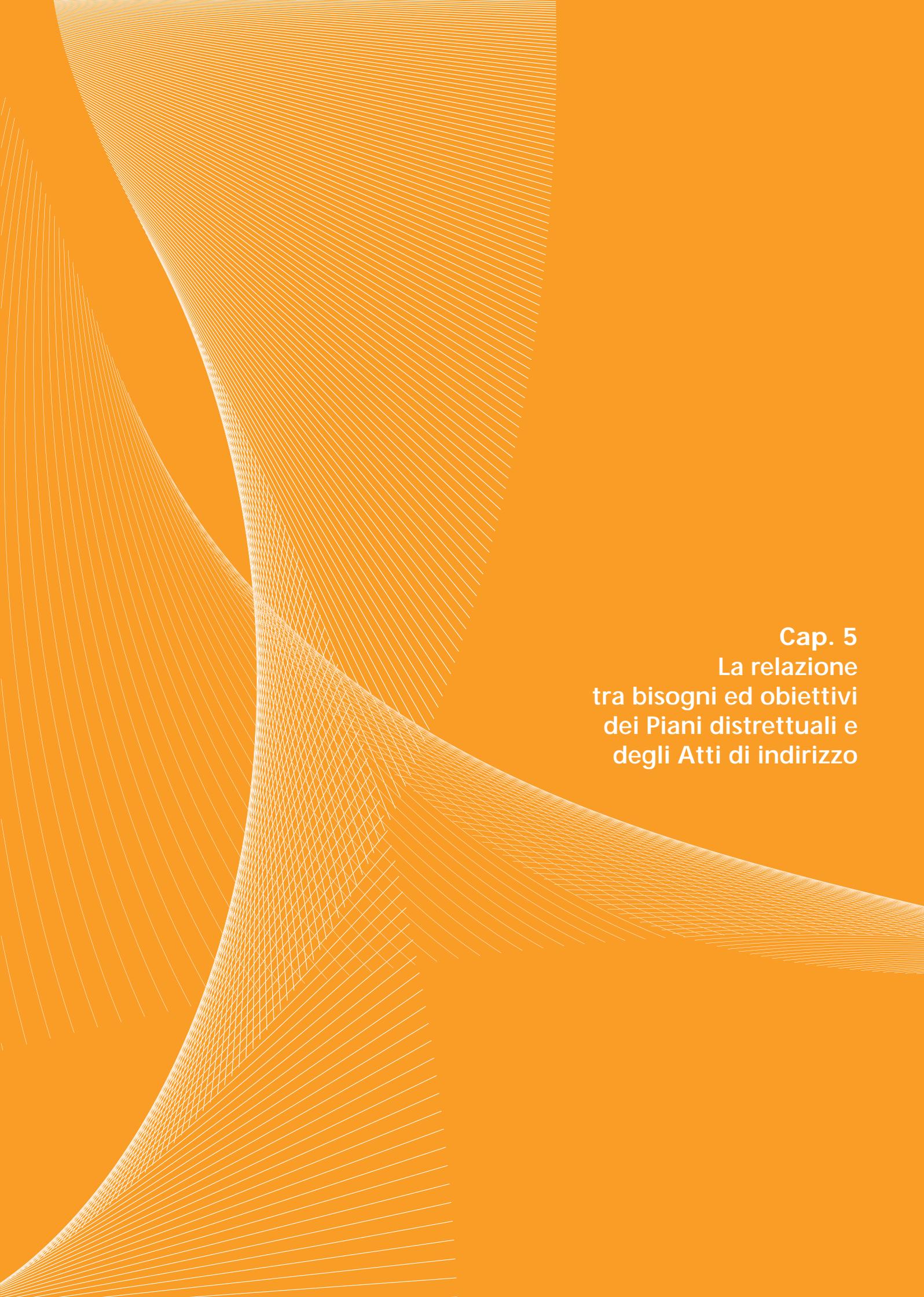
Rispetto alla presenza e alle modalità di trattazione dei contenuti di ambito sanitario si rintracciano scelte simili tra i distretti di una medesima provincia. Ad esempio, quasi tutti i distretti della provincia di Parma, Modena e Bologna inseriscono contenuti della programmazione sanitaria: in questi territori è frequente la presenza di un capitolo ad hoc riguardante gli obiettivi strategici della sanità. Ciò non avviene per tutti o quasi i Piani triennali dei distretti piacentini, ferraresi, ravennati, forlivesi-cesenati. Nel caso della provincia di Rimini invece i due distretti hanno fatto scelte differenti: mentre infatti Riccione inserisce contenuti sanitari, nel Piano del distretto di Rimini non ve n'è alcuna traccia (ugualmente accade nei distretti della provincia di Reggio Emilia).

Un'ulteriore considerazione rispetto al target di popolazione. Gli interventi sanitari potevano ovviamente essere rivolti a tutta la popolazione del distretto (e in questo caso sono stati indicati tutti i nove target, laddove l'obiettivo sanitario sia stato collocato entro le "tabelle 1"), oppure a specifiche fasce di popolazione (ad esempio donne, oppure adulti in generale se si tratta di prevenzione di alcuni carcinomi). È tuttavia evidente come per questo tipo di interventi i target indicati dalla "tabella 1" non siano adeguati in quanto trattasi di target "tarati" sugli interventi socio-assistenziali e socio-sanitari: la difficoltà di ritrovare il target "giusto" per alcuni interventi sanitari ha portato i distretti a scegliere i target più prossimi a quelli effettivi (per cui ad esempio un intervento di screening si rivolge a tutte le donne adulte ma come indicarlo tra i target della tabella?). Di fronte a tale difficoltà in alcuni Piani non è stato indicato il target.

Insomma, data la "novità" dell'integrazione tra programmazione sociale e sanitaria, se ne evince un bilancio tutto sommato positivo, un inizio di un percorso che dovrà essere migliorato e, in alcuni territori, sostenuto con maggiore decisione dagli attori in campo.

Facendo riferimento in particolare a quei territori che non hanno trattato la programmazione sanitaria, si possono azzardare alcune ipotesi. Presumibilmente, le concomitanti modifiche introdotte nei processi di programmazione sociale (Piano di zona triennale e annuale) e sanitaria (PAL/PAT) hanno determinato uno sfasamento di tempi nella predisposizione dei documenti di programmazione di settore (nei focus group realizzati con i referenti degli Uffici di Piano è emerso che in alcuni distretti la predisposizione dei PAL è partita a Piani distrettuali conclusi).

Tuttavia, non vanno taciute anche, pur con diversità tra distretti anche di una medesima provincia, le difficoltà a realizzare processi integrati tra Comuni e Aziende sanitarie, a volte proprio a partire dalla mancanza di un adeguato investimento continuativo, dei Comuni e/o dell'A.Usl, nella costituzione di Ufficio di piano dotato di risorse umane e professionalità competenti e sufficienti a rispondere ai tanti compiti a cui viene chiamato.



Cap. 5
La relazione
tra bisogni ed obiettivi
dei Piani distrettuali e
degli Atti di indirizzo

Cap. 5 – La relazione tra bisogni ed obiettivi dei Piani distrettuali e degli Atti di indirizzo

5.1 Una premessa di metodo

L'impianto di programmazione regionale, come noto, collega e integra i diversi livelli territoriali con l'intento di costruire un sistema articolato e intrinsecamente coerente.

Si richiama ancora una volta la rappresentazione grafica già inserita nel Rapporto *I nuovi strumenti della programmazione regionale: la sfida del profilo di comunità e dell'atto di indirizzo e coordinamento triennale* che bene visualizza le relazioni e le integrazioni richiamate.

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



All'interno di questa cornice i Piani distrettuali devono rapportarsi e integrarsi con il Piano regionale sociale e sanitario e coi Profili di comunità e gli Atti di indirizzo e coordinamento di livello "intermedio". È importante quindi verificare la coerenza dei singoli documenti con l'impianto complessivo di programmazione regionale, nella consapevolezza che al livello distrettuale deve comunque essere lasciato spazio per l'inserimento di ulteriori elementi più centrati sulla realtà locale.

Per studiare la "coerenza" interna dei Piani e la relazione tra questi e i rispettivi Atti di indirizzo e coordinamento che si ponevano come punto di riferimento per la definizione degli obiettivi locali sono state individuate e analizzate tre relazioni:

1. Relazione fra l'analisi generale dei bisogni del territorio riportata sul Piano ed i bisogni inseriti nelle "tabelle 1";
2. Relazione fra i bisogni e gli obiettivi riportati nelle "tabelle 1";
3. Relazione fra gli obiettivi contenuti nelle "tabelle 1" e quelli stabiliti dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria nell'Atto di Indirizzo.

Per ciascuna di queste relazioni si sono individuati casi in cui i due elementi della relazione si compongono in modo diverso (assenza di uno dei termini di paragone, omogeneità assoluta, diversi livelli di dettaglio).

Nell'analisi sono state considerate tutte le "tabelle 1" dei Piani tipologizzandole secondo le relazioni e i casi: ne è uscita una matrice complessa che ha consentito di quantificare fe-

nomeni e scelte di cui si dà conto nei paragrafi successivi.

Occorre inoltre precisare che l'analisi è volta non tanto a giudicare le modalità prescelte dai distretti nella stesura del proprio Piano di Zona, a indicare scelte giuste o sbagliate, quanto a evidenziare opzioni territoriali diverse, differenti impieghi della "tabella 1", varie possibilità di interpretazione ed utilizzo degli Atti di indirizzo e coordinamento. Il senso di tale analisi, insomma, non è quello di indicare relazioni positive o negative: ogni documento ha la propria logica ed il proprio stile che rispondono ad esigenze locali specifiche.

L'obiettivo è di mettere a disposizione di tutti i territori e della Regione stessa le esperienze dei vari Distretti, così da stimolare una riflessione volta al miglioramento continuo degli strumenti utili alla programmazione zonale e delle modalità di costruzione dei Piani.

5.2 La relazione tra i bisogni riportati in un capitolo ad hoc e nelle "tabelle 1"

Nel capitolo 2 del presente rapporto si è già dato conto della presenza nei Piani distrettuali di un'analisi dei bisogni (solitamente il secondo capitolo) dalla quale dovrebbero discendere gli obiettivi e le azioni che costituiscono la programmazione vera e propria per il triennio. Come si è già evidenziato, non tutti i territori hanno ritenuto opportuno seguire tale indicazione regionale, alcuni hanno proposto modalità diverse per presentare bisogni e priorità del proprio territorio.

Il presente paragrafo ha l'obiettivo di analizzare queste modalità: si è presa, quindi, in esame la relazione tra l'analisi generale dei bisogni, laddove presente, ed i bisogni evidenziati nelle "tabelle 1", per verificare il tipo di relazione esistente.

Le scelte operate dai distretti nel descrivere i bisogni hanno solitamente risposto a logiche considerate più utili ed adeguate a descrivere il distretto oppure alla necessità di combinare i tempi di elaborazione del profilo di comunità con quelli di avvio dei tavoli di lavoro sui piani di zona. In alcuni casi infine la possibilità di analizzare in modo appropriato la popolazione, i bisogni e l'offerta di un territorio è stata anche legata alla disponibilità di informazioni di un certo dettaglio. È possibile che per alcune aree di interesse specifico del Piano il Profilo di Comunità non contenesse i dati di livello distrettuale. Questo ha fatto sì che l'analisi del bisogno si realizzasse in altro modo, ad esempio, come è successo in alcuni territori, prevalentemente attraverso la "percezione" degli operatori. Per analizzare questa prima relazione sono stati individuati alcuni casi.

Caso 1 - Assenza dell'analisi dei bisogni in un capitolo ad hoc nel Piano e/o nelle "tabelle 1"

È il caso dei Piani in cui l'analisi dei bisogni è stata inserita o solo all'interno di un capitolo ad hoc o solo all'interno delle "tabelle 1". Oppure dei Piani in cui, nelle "tabella 1" o nell'analisi generale, sono stati riportati dati o osservazioni molto generali non specificatamente riguardanti le necessità dell'ambito distrettuale.

Caso 2 - Omogeneità assoluta tra l'analisi dei bisogni nel Piano e nelle "tabelle 1"¹⁵

E' il caso in cui si presenta la massima "coerenza" tra l'analisi generale dei bisogni e le "tabelle 1" e come riportato nella Tavola 1 sottostante è stata la modalità programmatica prevalente assunta dai Distretti.

Caso 3: in "tabella 1" i bisogni sono più articolati e/o dettagliati rispetto all'analisi del bisogno contenuta in un capitolo ad hoc nel Piano

E' il caso dei piani in cui, nell'analisi dei bisogni contenuta nella parte generale, è stata riportata solo un'analisi demografica o un ampio esame, molto generale, dei bisogni e dell'offerta oppure esclusivamente un'analisi sintetica dei bisogni svolta dai tavoli di zona, senza alcun riferimento ai dati del profilo.

Caso 4 - In "tabella 1" i bisogni sono meno articolati o solo parzialmente indicati rispetto all'analisi del bisogno contenuta in un capitolo ad hoc nel Piano

Molto ridotto è il numero di territori che hanno riportato nella prima parte del Piano un'analisi articolata ed approfondita dei bisogni, inserendo in "tabella 1" rimandi generali a questa.

Si tratta quindi di uno stile programmatico che rappresenta un'eccezione nella Regione, che si basa su un'analisi dei bisogni e dell'offerta molto dettagliata, ripresa in termini sintetici e generali in alcune delle "tabelle 1".

Caso 5 - Disomogeneità tra l'analisi dei bisogni nel Piano e nelle "tabelle 1"

E' il caso in cui l'analisi generale dei bisogni fa riferimento solo ai Profili di Comunità (con prevalenza di dati provinciali), senza approfondire i bisogni a livello distrettuale, mentre la "tabella 1" riporta bisogni strettamente locali, spesso definiti dai tavoli di zona.

L'analisi della relazione tra i bisogni espressi in un capitolo ad hoc dei Piani distrettuali e quelli espressi nelle "tabelle 1" è sintetizzata nella Tavola 1 che propone i dati in valore assoluto per distretto e Provincia.

¹⁵ la difficoltà principale è stata di valutare le "tabelle 1" che riportavano più bisogni e più target; infatti, alcuni potevano essere presenti nella parte generale, altri no; si è quindi convenuto sull'utilità di far

rientrare le relazioni nel caso 2, solo se tutti i bisogni erano, anche se in termini più generici, presenti in entrambe le sezioni del Piano.

Tavola 1 - Relazione tra Analisi generale dei bisogni nel Piano e Bisogni in "tabella 1", frequenze assolute per distretto

Provincia	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Totale
PC						
Piacenza	0	18	16	0	7	41
Levante	0	0	28	0	0	28
Ponente	3	10	1	0	3	17
Totale PC	3	28	45	0	10	86
PR						
Fidenza	0	2	4	0	0	6
Parma	2	3	13	0	1	19
Sud Est	0	0	18	0	9	27
Valli Taro Ceno	0	1	12	0	5	18
Totale PR	2	6	47	0	15	70
RE						
Castelnovo ne' Monti	0	0	2	0	4	6
Correggio	37	0	0	0	0	37
Guastalla	0	8	0	0	0	8
Reggio Emilia	0	0	10	0	0	10
Scandiano	0	1	8	0	0	9
Val d'Enza	19	0	0	0	0	19
Totale RE	56	9	20	0	4	89
MO						
Carpi	0	7	3	0	0	10
Castelfranco Emilia	0	3	5	0	0	8
Mirandola	0	7	7	0	9	23
Modena	0	10	0	0	0	10
Pavullo	1	4	3	0	0	8
Sassuolo	13	0	0	0	0	13
Vignola	0	3	0	0	0	3
Totale MO	14	34	18	0	9	75
BO						
Bologna	0	4	6	0	0	10
Casalecchio di Reno	0	19	4	7	0	30
Imola	1	1	1	0	13	16
Pianura Est	0	16	8	0	3	27
Pianura Ovest	0	7	4	0	2	13
Porretta Terme	0	20	6	0	3	29
San Lazzaro di Savena	3	2	2	0	0	7
Totale BO	4	69	31	7	21	132
FE						
Centro Nord	1	4	5	0	0	10
Ovest Centro	4	0	0	0	0	4
Sud Est	6	0	0	0	0	6
Totale FE	11	4	5	0	0	20
RA						
Faenza	0	8	15	0	0	23
Lugo	0	7	0	6	0	13
Ravenna	0	57	0	0	0	57
Totale RA	0	72	15	6	0	93
FC						
Cesena Savio	0	12	3	0	0	15
Forli	31	0	0	0	0	31
Rubicone Costa	0	13	0	0	0	13
Totale FC	31	25	3	0	0	59
RN						
Riccione	0	26	5	0	1	32
Rimini	5	2	9	0	4	20
Totale RN	5	28	14	0	5	52
TOTALE RER	126	275	198	13	64	676

A partire dallo studio delle relazioni tra l'analisi generale dei bisogni nel Piano e nelle "tabelle 1" è possibile trarre alcune riflessioni che evidenzino gli stili programmatori dei Distretti, provando ad interpretare le ragioni dell'assunzione di tali modalità di redazione dei Piani e rilevare punti di forza e criticità. Ciò al fine di fornire spunti utili per la prossima pianificazione zonale.

Complessivamente emerge una situazione regionale molto eterogenea: risultano tuttavia prevalenti le relazioni riguardanti i casi 1, 2 e 3.

I distretti che hanno scelto di non far precedere le "tabelle 1" da un'analisi dei bisogni in uno specifico capitolo entro il Piano (caso 1) o dove quest'ultima si presenta come più generica delle seconde (caso 3) non necessariamente hanno condotto uno studio dei bisogni sommario, ma più spesso hanno ritenuto più opportuno riportarla e dettagliarla nello spazio previsto dalla "tabella 1". In alcuni territori infatti si è preferito non redigere un'analisi dei bisogni complessiva, bensì trattare il tema direttamente nelle "tabelle 1", anche in modo piuttosto dettagliato, collegandole agli obiettivi distrettuali.

Un caso che ben rappresenta questa modalità è il Piano del distretto Sud-Est di Ferrara il cui Piano è praticamente composto dalle sole "tabelle 1", che però presentano un'analisi molto dettagliata delle necessità del territorio, dei bisogni e dell'offerta di servizi, correlata di dati quali-quantitativi di livello distrettuale.

Un'analisi dei bisogni molto approfondita nelle "tabelle 1" consente un migliore collegamento, diretto e specifico, con gli obiettivi ivi contenuti. Può garantire un solido collegamento tra di essi, entrando maggiormente nei dettagli della caratterizzazione delle problematiche che si intende affrontare e, quindi, delle azioni da realizzare rispetto ad esse.

Tuttavia, se manca una trattazione generale più articolata dei bisogni ciò può comportare una perdita di informazioni importanti:

- 1) l'assenza di questa parte nel Piano può limitare la possibilità di considerare i punti di forza e le criticità del territorio e dei servizi in un'ottica comparata tra Comuni nello stesso distretto e di evidenziare specificità locali;
- 2) analizzare il distretto anche in un'ottica provinciale, può offrire un'idea più definita del "peso" delle problematiche locali;
- 3) l'analisi dei bisogni può essere elaborata a partire da dati oggettivi quantitativi e qualitativi e dalle percezioni proposte dai tavoli della programmazione locali: quella dell'analisi generale può essere la "sede" giusta per integrare, elaborandole congiuntamente, le diverse visioni emerse;
- 4) infine, può essere interessante evidenziare anche i bisogni del territorio non immediatamente traducibili in obiettivi e azioni, come avviene invece nelle "tabelle 1".

La quasi totalità dei distretti rientra comunque nel caso 2, cioè quello della massima "omogeneità" nella relazione qui esaminata. Questo appare come il caso maggiormente strutturato secondo le indicazioni regionali, poiché l'analisi dei bisogni e le "tabelle 1" sono più integrate tra di loro.

I casi in cui invece non vi sia stata piena corrispondenza tra l'analisi dei bisogni fatta nella parte generale del Piano e le "tabelle 1" (caso 5) possono essere legati al fatto che o l'analisi deriva principalmente dal Profilo di comunità ed è in gran

parte fondata su dati statistici, analisi socio-demografiche, studi comparativi, ecc., oppure deriva principalmente dal lavoro dei tavoli tematici e quindi dal confronto tra gli esperti dell'Ufficio di Piano e dei servizi. Quest'ultimo caso è da alcuni distretti esplicitato, per altri sembra potersi evincere dal fatto che l'analisi dei bisogni riporta per lo più descrizioni e considerazioni percettive, piuttosto che un'analisi sistematica di fenomeni e servizi.

In alcuni documenti si è ravvisata, effettivamente, una certa difficoltà ad integrare i bisogni tratti dal Profilo e quelli emersi dai tavoli o, semplicemente, si è scelto di presentare analisi distinte e non sempre perfettamente collimanti.

È anche possibile che, in questi casi, il Profilo redatto a livello provinciale non sia riuscito a comprendere alcune specificità locali, oppure che non fossero disponibili dati oggettivi di analisi per tutti i bisogni rilevati dai partecipanti ai tavoli come emergenti nel distretto.

Ancora una volta, è bene ricordare che, essendo questa, in quasi tutti i Distretti, la prima volta che si redigono i Profili di Comunità e che ciò è stato fatto in tempi molto concentrati può, ad esempio, non esserci stato il tempo di raccogliere i dati necessari a fare i dovuti approfondimenti territoriali.

Per il futuro è bene però riaffermare un importante principio metodologico che deve guidare l'analisi dei bisogni. È opportuno cioè che l'analisi sia il frutto di raccordo ed equilibrio tra le due dimensioni di lettura: quella più oggettiva che rimanda ai dati ricavati dal Profilo di comunità e quella più "percettiva" emersa dai tavoli, dove i "portatori di interessi" e gli operatori dei servizi possono condividere dati raccolti autonomamente. Contemperare e raccordare questi due livelli di analisi presenta degli indubbi vantaggi in quanto consente di:

- 1) stabilire collegamenti trasversali tra i bisogni e l'offerta in diverse aree di bisogno (sociale e sanitario in primo luogo, ma non solo), quindi di integrare più efficacemente anche gli obiettivi e le azioni contenute nelle tabelle;
- 2) far emergere specificità comunali, pur all'interno di logiche distrettuali, e specificità distrettuali all'interno del territorio della CTSS.

Occorre quindi un processo di apprendimento ai due livelli istituzionali (intermedio e distrettuale) perché nel prossimo triennio la lettura del territorio sia più omogenea e integrata, in modo da evidenziare gli elementi più utili ai due livelli territoriali di programmazione, consentendo il necessario livello di specificazione locale delle informazioni.

5.3 La relazione tra i bisogni e gli obiettivi contenuti nelle "tabelle 1"

Il presente paragrafo è finalizzato ad analizzare la relazione tra i bisogni e gli obiettivi inseriti nelle "tabelle 1" dei Piani distrettuali.

Si tratta di una relazione la cui "omogeneità" può apparire "scontata", tuttavia, come si vedrà, anche in questo caso, ciò che emerge è una varietà di modalità locali nel collegamento tra bisogni e obiettivi nelle "tabelle 1".

Sembra opportuno ricordare che le "tabelle 1" sono state proposte come strumento di programmazione distrettuale dalla Regione, anche a seguito di un progetto di valutazione delle schede utilizzate per la redazione dei Piani di zona negli anni precedenti¹⁶. Dai questionari compilati dai referenti di tutti gli Uffici di Piano nell'ambito di tale progetto emergeva

¹⁶ Analisi valutativa condotta in collaborazione con Iress nel corso del 2007

come la "tabella 1" fosse lo strumento più apprezzato in termini di utilità nella stesura del Piano, proprio perché consentiva di esprimere in modo sintetico e di rendere immediatamente "visibile" il collegamento tra bisogni-obiettivi-azioni-indicatori per la valutazione. Uguale interesse per le "tabelle 1" emergeva dalla valutazione espressa dai referenti regionali che, attraverso le informazioni in esse contenute, potevano più agevolmente procedere all'analisi comparata di bisogni e obiettivi nei documenti di Piano a partire da uno schema condiviso. È importante quindi capire, tra le altre cose, se anche in questo nuovo triennio di programmazione, tali tabelle siano state utili per mettere adeguatamente in relazione i bisogni con gli obiettivi.

L'analisi della relazione tra bisogni ed obiettivi nelle "tabelle 1" è quindi stata condotta definendo i seguenti casi.

Caso 1 - Assenza di uno dei due termini di paragone

Rientrano in questo caso le relazioni tra bisogni e obiettivi che vedono uno dei due termini di paragone assente oppure quando ciò che è indicato in "tabella 1", non può essere considerato un 'bisogno' o un 'obiettivo'.

Nella maggioranza dei Piani distrettuali non si rintraccia questo tipo di caso, in quanto difficilmente manca il bisogno o l'obiettivo entro le "tabelle 1".

È possibile che questo caso riguardi situazioni in cui il bisogno espresso riguardi tematiche rilevanti per la qualità della vita nel territorio ma non affrontabili direttamente attraverso la programmazione nell'ambito sociale e sanitario (ad esempio, la sicurezza alimentare, la diffusione di nuovi insetti, gli alti livelli di PM10).

Caso 2 - Omogeneità assoluta tra bisogni e obiettivi¹⁷

Come si è accennato, a livello regionale, la maggioranza delle relazioni tra bisogni e obiettivi nelle "tabelle 1" è classificata come "omogenea": questa modalità descrive la maggioranza assoluta delle relazioni in quasi tutte le Province.

Caso 3 - Gli obiettivi risultano più specifici e/o dettagliati rispetto ai bisogni

Comprende le relazioni la cui omogeneità tra bisogni ed obiettivi è risultata parziale, nel senso che i secondi sono risultati più specifici e/o dettagliati rispetto ai primi.

Caso 4 - Gli obiettivi risultano più generici e/o meno dettagliati rispetto ai bisogni

Lo stile programmatico orientato a descrivere i bisogni più dettagliatamente degli obiettivi non è prevalente in nessun distretto.

Caso 5 - Disomogeneità tra bisogni ed obiettivi

Si ravvisano solo 4 relazioni di disomogeneità tra bisogni ed obiettivi. Non emergono, quindi, significative modalità di programmazione afferenti a questo caso.

Come nel paragrafo precedente, l'analisi delle omogeneità mira ad evidenziare stili diversi di programmazione con cui ciascun documento di piano appare redatto.

La Tavola 2 supporta questa analisi, mostrando come sono state classificate le relazioni tra bisogni ed obiettivi nelle Province e, all'interno, nei singoli distretti.

¹⁷ È stato complesso classificare in questo caso le "tabelle 1" in cui erano indicati più bisogni/obiettivi: in questi casi si è proceduto all'as-

segnazione a questa categoria quando la quasi totalità dei bisogni riportati aveva un corrispondente obiettivo nella colonna successiva.

Tavola 2 - Relazione tra Bisogni e Obiettivi in "tabella 1", frequenze assolute per distretto

Provincia	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Totale
PC						
Piacenza	0	22	18	1	0	41
Levante	0	0	28	0	0	28
Ponente	3	8	6	0	0	17
Totale PC	3	30	52	1	0	86
PR						
Fidenza	0	4	0	2	0	6
Parma	3	14	2	0	0	19
Sud Est	5	14	8	0	0	27
Valli Taro Ceno	2	12	4	0	0	18
Totale PR	10	44	14	2	0	70
RE						
Castelnovo ne' Monti	0	6	0	0	0	6
Correggio	7	29	1	0	0	37
Guastalla	0	8	0	0	0	8
Reggio Emilia	0	10	0	0	0	10
Scandiano	0	8	0	1	0	9
Val d'Enza	0	17	1	1	0	19
Totale RE	7	78	2	2	0	89
MO						
Carpi	0	3	7	0	0	10
Castelfranco Emilia	0	3	5	0	0	8
Mirandola	0	18	5	0	0	23
Modena	0	3	7	0	0	10
Pavullo	0	2	6	0	0	8
Sassuolo	0	5	8	0	0	13
Vignola	0	1	2	0	0	3
Totale MO	0	35	40	0	0	75
BO						
Bologna	0	10	0	0	0	10
Casalecchio di Reno	0	28	1	1	0	30
Imola	2	11	2	0	1	16
Pianura Est	0	22	5	0	0	27
Pianura Ovest	0	12	0	1	0	13
Porretta Terme	0	22	7	0	0	29
San Lazzaro di Savena	3	0	3	1	0	7
Totale BO	5	105	18	3	1	132
FE						
Centro Nord	0	6	3	1	0	10
Ovest Centro	0	2	2	0	0	4
Sud Est	0	4	1	1	0	6
Totale FE	0	12	6	2	0	20
RA						
Faenza	0	8	15	0	0	23
Lugo	0	4	9	0	0	13
Ravenna	0	42	7	7	1	57
Totale RA	0	54	31	7	1	93
FC						
Cesena Savio	3	10	2	0	0	15
Forli	0	15	14	2	0	31
Rubicone Costa	0	8	4	1	0	13
Totale FC	3	33	20	3	0	59
RN						
Riccione	0	22	8	0	2	32
Rimini	6	8	4	2	0	20
Totale RN	6	30	12	2	2	52
TOTALE RER	34	421	195	22	4	676

In generale, si evidenzia una significativa prevalenza di relazioni classificate come caso 2, ad indicare omogeneità tra bisogni e obiettivi (421 su 676, oltre 62% delle relazioni) o obiettivi più dettagliati rispetto ai bisogni (caso 3: 195 su 676, quasi 29% delle relazioni). Si può quindi già evidenziare come questi siano gli stili programmatori prevalenti a livello regionale, mentre gli altri tipi di relazioni sono individuabili per lo più come residuali¹⁸.

Considerata la netta prevalenza di relazioni di omogeneità tra bisogni e obiettivi (caso 2) nelle "tabelle 1", si può inoltre affermare che lo strumento "tabella 1" abbia svolto efficacemente la sua principale funzione di supporto ai territori per la programmazione: evidenziare al meglio la relazione tra i bisogni e gli obiettivi contenuti nei Piani.

Infatti, tra le 676 tabelle analizzate, solo 4 relazioni sono state classificate come disomogenee (caso 5). Si aggiunge che quelle non categorizzabili per l'assenza di uno dei due termini di confronto (caso 1) sono solamente 34.

In quest'ultimo caso e laddove si rileva omogeneità parziale (casi 3 e 4) spesso ciò accade per l'inserimento in "tabella 1" di bisogni che sono rilevanti per la descrizione del territorio, ma non affrontabili in sede di Piano di Zona, perché di competenza di altri settori o di altri enti.

La parte generale di analisi del bisogno si conferma in tal senso come utile ad esprimere un esame completo delle problematiche locali riservando alle "tabelle 1" quelle effettivamente affrontabili nella programmazione di Zona.

Infine si rilevano modalità di compilazione delle tabelle piuttosto disomogenee tra i Distretti. Alcuni di essi hanno inserito nei propri Piani un numero notevole di "tabelle 1", altri meno di una decina, a seconda dell'interpretazione che si è data dello strumento: compilabile per area di bisogno (es. area povertà) o per singolo bisogno/obiettivo.

5.4 La relazione tra gli obiettivi contenuti nelle "tabelle 1" e gli Atti d'indirizzo e coordinamento triennali delle CTSS

Il presente paragrafo è finalizzato ad analizzare le modalità di programmazione adottate dai diversi Distretti in termini di relazione tra gli obiettivi contenuti nelle "tabelle 1" riportate nei documenti di Piano e quanto indicato negli Atti d'indirizzo.

Questa analisi è particolarmente importante per la Regione in quanto, come è stato richiamato in premessa al presente capitolo, quello della coerenza interna tra i contenuti e gli indirizzi della programmazione ai diversi livelli territoriali ("intermedio" e distrettuale) e tra i processi messi in atto dai vari soggetti coinvolti è un principio fondamentale della nuova programmazione integrata. E' perciò positivo aver potuto rilevare che tale coerenza vi è stata, nonostante le oggettive

difficoltà temporali di sviluppo della programmazione locale e le emergenze indotte dalla crescente crisi economica.

In coerenza con i precedenti paragrafi, l'analisi parte dalle "tabelle 1", con l'esame degli obiettivi ivi riportati, per confrontarli con quelli previsti dall'Atto. Per analizzare questa terza relazione sono stati individuati i seguenti casi:

Caso 1 - Assenza di uno dei due termini di paragone

E' il caso in cui all'interno della "tabella 1" non siano stati espressi obiettivi, quindi la comparazione con gli obiettivi dell'Atto di Indirizzo non può essere effettuata mancando uno dei termini di paragone.

Le ragioni che potrebbero aver condotto alcuni Distretti a non declinare qualcuno dei bisogni in obiettivi sono state già esaminate nel paragrafo precedente che riguardava la relazione tra obiettivi e bisogni inseriti nelle "tabelle 1". Si tratta comunque di una categoria che raccoglie percentuali molto basse.

Caso 2 - Omogeneità assoluta tra gli obiettivi contenuti nelle "tabelle 1" e gli Atti d'indirizzo e coordinamento¹⁹

Questo tipo di relazione risulta come già accennato numericamente molto rilevante (si veda Tavola 3).

Caso 3 - Gli obiettivi stabiliti in "tabella 1" risultano più specifici e/o dettagliati rispetto a quanto indicato negli Atti d'indirizzo e coordinamento

Chi non rientra nel caso 2 quasi sempre rientra nel caso 3 che si rintraccia come prevalente in un numero elevato di distretti.

Caso 4 - Gli obiettivi stabiliti in "tabella 1" risultano meno specifici e/o meno dettagliati rispetto a quanto indicato negli Atti d'indirizzo e coordinamento

La frequenza di questo caso è molto bassa. Non si può, quindi, affermare che emerga uno stile programmatorio afferibile a questo caso: tendenzialmente gli obiettivi contenuti nei Piani non sono meno dettagliati rispetto a quelli previsti dagli Atti.

Caso 5 - Disomogeneità fra obiettivi in "tabella 1" e quanto indicato negli Atti d'indirizzo e coordinamento

Sono considerate relazioni disomogenee, quelle dove gli obiettivi inseriti in "tabella 1" non corrispondono a quelli indicati nell'Atto.

Anche nel caso 5, si ragiona su percentuali poco significative: si concentrano in questa voce appena 33 "tabelle 1" sulle 676 regionali, poco meno del 5%.

La tavola 3 sintetizza la suddivisione dei casi per ciascun singolo distretto e per provincia, in valori assoluti.

¹⁸ Nell'ottica di una classificazione dei Piani non valutativa, ma utile a far emergere gli stili di programmazione seguiti per la loro compilazione, occorre sottolineare che sono state classificate più raramente come caso 2 le relazioni che vedevano una specificazione del bisogno molto dettagliata in "tabella 1" per l'assenza della parte generale di analisi dei bisogni. Infatti, in queste situazioni, generalmente, erano riportate in "tabella 1" anche questioni e considerazioni che non potevano, per competenza, essere affrontate nei Piani distrettuali e che, quindi, non sono tradotte in obiettivi (es. carenza di risorse nella scuola pubblica, aumento di contratti atipici, ecc.). Qui, la scelta di non perfetta omogeneità tra bisogni e obiettivi (casi 3, 4 o 5) oppure la deci-

sione di omettere la traduzione del bisogno in obiettivo (caso 1) appaiono coerenti rispetto alla strategia complessiva utilizzata nella compilazione del documento. Infatti, non indicare dettagliatamente tutti i bisogni in "tabella 1", anche quelli non affrontabili attraverso il Piano, avrebbe fatto emergere un'analisi del territorio e dei suoi bisogni incompleta e parziale.

¹⁹ La difficoltà principale è stata di esaminare le "tabelle 1" riportanti più obiettivi, poiché alcuni potevano essere compresi nelle indicazioni dell'Atto, altri no. Si è, quindi, convenuto di far rientrare le relazioni nel caso 2, solo se tutti gli obiettivi in tabella risultavano indicati anche nell'Atto.

Tavola 3 - Relazione tra Obiettivi in "tabella 1" ed indicazioni sugli Atti di indirizzo e coordinamento, frequenze assolute per distretto

Provincia	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Totale
PC						
Piacenza	0	8	32	0	1	41
Levante	0	0	28	0	0	28
Ponente	2	3	12	0	0	17
Totale PC	2	11	72	0	1	86
PR						
Fidenza	0	5	1	0	0	6
Parma	3	8	8	0	0	19
Sud Est	5	4	13	0	5	27
Valli Taro Ceno	2	6	10	0	0	18
Totale PR	10	23	32	0	5	70
RE						
Castelnuovo ne' Monti	0	6	0	0	0	6
Correggio	7	23	4	0	3	37
Guastalla	0	0	8	0	0	8
Reggio Emilia	0	2	8	0	0	10
Scandiano	0	8	1	0	0	9
Val d'Enza	0	9	7	0	3	19
Totale RE	7	48	28	0	6	89
MO						
Carpi	0	1	9	0	0	10
Castelfranco Emilia	0	1	7	0	0	8
Mirandola	0	7	14	0	2	23
Modena	0	1	9	0	0	10
Pavullo	0	1	7	0	0	8
Sassuolo	0	1	11	0	1	13
Vignola	0	1	2	0	0	3
Totale MO	0	13	59	0	3	75
BO						
Bologna	0	5	5	0	0	10
Casalecchio di Reno	0	24	5	0	1	30
Imola	0	6	7	0	3	16
Pianura Est	0	22	3	0	2	27
Pianura Ovest	0	10	2	0	1	13
Porretta Terme	0	17	11	0	1	29
San Lazzaro di Savena	0	1	6	0	0	7
Totale BO	0	85	39	0	8	132
FE						
Centro Nord	0	4	6	0	0	10
Ovest Centro	0	2	2	0	0	4
Sud Est	0	3	1	0	2	6
Totale FE	0	9	9	0	2	20
RA						
Faenza	0	23	0	0	0	23
Lugo	0	13	0	0	0	13
Ravenna	0	36	17	2	2	57
Totale RA	0	72	17	2	2	93
FC						
Cesena Savio	3	8	4	0	0	15
Forli	0	5	25	0	1	31
Rubicone Costa	0	1	11	1	0	13
Totale FC	3	14	40	1	1	59
RN						
Riccione	0	16	12	0	4	32
Rimini	1	15	3	0	1	20
Totale RN	1	31	15	0	5	52
TOTALE RER	23	306	311	3	33	676

L'analisi delle modalità di programmazione adottate dai diversi Distretti ha mostrato una generale omogeneità tra gli obiettivi contenuti nelle "tabelle 1" all'interno dei Piani e quanto stabilito dagli Atti d'indirizzo e coordinamento. Infatti, oltre il 90% delle 676 "tabelle 1" appare elaborata con queste logiche.

Un esempio, tra i tanti che potrebbero essere citati per esplicitare questo stile programmatico, può essere rintracciato nel distretto Rubicone-Costa (FC) nell'area Infanzia e Adolescenza: il Piano fa esplicito riferimento a quanto indicato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, poi propone una declinazione distrettuale sia rispetto ai bisogni che rispetto agli obiettivi. Un semplice esempio tratto dalla programmazione di questo territorio, che può essere citato per chiarire il modo di procedere seguito, è il seguente: una delle indicazioni proposte dalla Conferenza territoriale è "promuovere il sostegno alla genitorialità", che si traduce a livello locale nel "sostenere i servizi 0-3 e i Centri per le famiglie".

Lo stile programmatico che in generale segue la formulazione degli obiettivi nei Piani distrettuali è quindi sintetizzabile nella massima omogeneità con le indicazioni dell'Atto, con maggior dettaglio all'occorrenza.

D'altronde gli Atti propongono per lo più obiettivi generali, proprio al fine di riservare un margine di autonomia ai Distretti nell'adattamento delle strategie programmatiche ai bisogni specifici dei contesti locali.

Tuttavia, anche altri tipi di soluzioni sono state adottate dai Distretti nella declinazione locale degli obiettivi sovradistrettuali: si fa qui riferimento alle relazioni codificate nel "caso 5", dove gli obiettivi contenuti nel Piano appaiono "disomogenei" rispetto alle indicazioni dell'Atto.

Le disomogeneità rilevate riguardano vari aspetti della programmazione:

- in alcuni casi, si tratta di obiettivi afferenti ad ambiti non pienamente attribuibili alle competenze distrettuali.

Ad esempio, nel Piano di Forlì si fa riferimento alle politiche attive del lavoro, settore in cui agisce la Provincia; mentre i Distretti di Casalecchio di Reno e Porretta Terme, in Provincia di Bologna, e quello di Ravenna inseriscono nella propria programmazione obiettivi che riguardano il tema della prostituzione e la tratta delle donne, tema generalmente attribuito ad un livello interdistrettuale, piuttosto che locale, in particolare per la presenza di un progetto regionale di lotta alla tratta (Oltre la strada) ormai attivo da diverso tempo.

Tuttavia, evidentemente, i Distretti si esprimono in termini di responsabilità rispetto a questioni che comunque interessano in modo significativo i propri territori e manifestano l'intenzione di attivarsi e contribuire anche in queste direzioni. Inoltre, la trasversalità "richiesta" nel trattare i temi della salute e del benessere sociale, necessita di un intreccio di competenze multiple e di uno "sguardo" capace di comprendere la complessità della realtà e di superare la settorialità nella definizione degli interventi.

- in altri casi, la disomogeneità tra Atti e Piani è connessa all'emergere a livello Distrettuale di proposte innovative e sperimentazioni locali.

Ad esempio, il distretto di Imola prevede l'utilizzo della pet therapy per il sostegno alle competenze relazionali di persone anziane o disabili; il distretto di Riccione programma il supporto a domicilio di persone con dipendenze; il distretto Pianura Ovest della Provincia di Bologna propone un progetto per l'affidamento eterofamiliare per contrastare l'isolamento e l'istituzionalizzazione delle persone con disagio psichico; a Piacenza si prevede la realizzazione di un programma locale di riqualificazione urbana in alcune zone della città, integrato dall'attivazione di servizi per l'inclusione sociale.

Le relazioni collegate al Caso 5 sono comunque solo 33 relazioni sulle 676 analizzate per la Regione, che rappresentano il 5% del totale. Le disomogeneità tra gli obiettivi riportati negli Atti di indirizzo e coordinamento elaborati a livello di Conferenza territoriale e nei documenti di Piano distrettuali possono rappresentare un tentativo dei distretti di appropriarsi dei nuovi strumenti a disposizione, fornendo al contempo una lettura ed una interpretazione locale degli obiettivi strategici e non mettono in discussione il modello complessivo della integrazione e della coerenza delle programmazioni distrettuali con gli indirizzi formulati dall'ambito territoriale "intermedio".



Cap. 6
Monitoraggio,
valutazione e indicatori
di risultato

Cap. 6 – Monitoraggio, valutazione e indicatori di risultato

6.1 Premessa: la valutazione nei Piani distrettuali

I diversi territori, negli stessi Piani distrettuali triennali 2009-2011, certamente facendo propri anche i suggerimenti e le indicazioni provenienti dalla Regione Emilia-Romagna nella maggioranza dei casi sottolineano la rilevanza di disporre di un sistema di monitoraggio e valutazione delle politiche attuate, che possa costituire anche una modalità di controllo dell'implementazione delle singole attività negli anni. Esso deve necessariamente basarsi su analisi quali-quantitative che andranno a verificare il progressivo conseguimento degli obiettivi sottesi al Piano di zona triennale.

Valutazione in itinere ed ex-post: un obiettivo da raggiungere

La verifica dei risultati attesi deve avvenire anche attraverso l'analisi degli indicatori di risultato chiamati a dare conto dell'efficacia e della funzionalità delle attività monitorate e che potevano essere inseriti in uno specifico campo delle "tabelle 1" del Piano di zona 2009-2011. E' evidente che

forme di verifica in itinere permettono, se necessario, di apportare eventuali aggiustamenti al fine di migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza delle successive attività, così da creare un processo di progressivo aggiustamento e adeguamento del progetto alle specificità dei soggetti e alle loro esigenze. Tutti richiamano, dunque, la necessità di valutare il raggiungimento degli obiettivi anche attraverso un monitoraggio in itinere, anche al fine di promuovere le buone prassi. Più in generale, come evidenzia il Piano di zona 2009-2011 del distretto di Ponente (PC), un costante monitoraggio e valutazione degli interventi – e della connessione fra singoli interventi e politiche per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie, gli adulti, gli anziani, i disabili, l'immigrazione – consente infatti di poter sottolineare, da un lato, le prassi che funzionano, promuovendole e diffondendole e, dall'altro, permette di intervenire per ri-orientare quegli interventi che non risultano efficaci o coerenti con quanto previsto in sede di progettazione. Non va tra l'altro dimenticato che la programmazione si articola su un triennio e quindi il monitoraggio in itinere rappresenta un'importante fase valutativa. Per il perseguimento di questo scopo, i distretti, in vista delle indicazioni regionali sul sistema di monitoraggio e valutazione delle programmazioni zonali (aspetto che viene sottolineato da diversi territori), in accordo anche con gli altri soggetti coinvolti, come l'Amministrazione provinciale, già nei Piani distrettuali al centro del presente studio hanno evidenziato la necessità di attivare tavoli di coordinamento e raccordo sul tema, che vedano coinvolti i diversi referenti degli Uffici di Piano provinciale e distrettuali, così da predisporre strumenti, criteri e metodologia per una valutazione condivisa.

In alcuni di questi documenti di programmazione si fa riferimento altresì ad una valutazione che sia il più possibile partecipativa – dunque con il coinvolgimento dei diversi soggetti interessati alla programmazione integrata - e che sia volta a verificare il perseguimento dei risultati e degli obiettivi così come individuati e definiti nel Piano di zona. Emblematicamente, si può citare il Piano triennale del distretto di Carpi, che prevede una valutazione intermedia (da realizzarsi nel 2010) finalizzata a fare il punto della situa-

zione sul percorso implementativo del Piano, nelle sue varie articolazioni, riportando le elaborazioni al Comitato di distretto al fine di supportare le scelte in merito all'avanzamento; e una valutazione finale (nel 2011), volta alla ricostruzione del processo innescato e ad una riflessione sulle criticità e sui punti di forza emersi, nonché a misurare l'impatto avuto dall'intervento in termini di cambiamento rispetto alla situazione precedente e di raggiungimento degli obiettivi prestabiliti. Gli strumenti che potranno essere utilizzati, di tipo sia qualitativo che quantitativo, potranno essere costituiti da analisi documentale, osservazione diretta, somministrazione di questionari e, in generale, dalla messa a punto di un sistema informativo ad hoc.

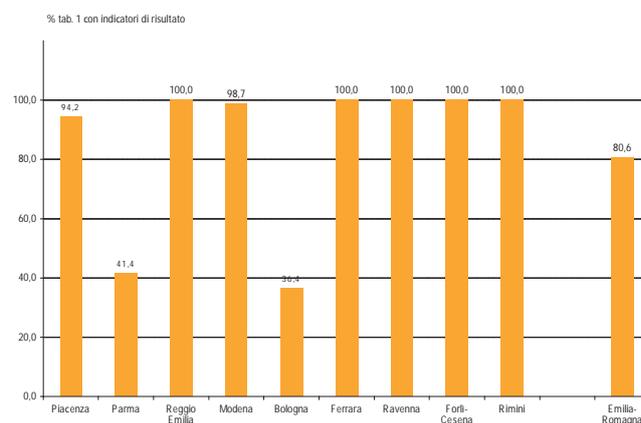
Con questo capitolo si mira a sintetizzare quanto i singoli Piani distrettuali hanno indicato con riferimento proprio ai punti appena esposti, ossia:

- gli indicatori di risultato che potevano essere descritti nell'apposito campo previsto dalle "tabelle 1";
- il sistema di monitoraggio e di valutazione, a cui poteva essere dedicato un apposito capitolo (nello schema suggerito, si tratta del capitolo 6) del Piano di zona triennale 2009-2011.

6.2 Gli indicatori di risultato indicati nelle "tabelle 1"

Per quanto concerne gli indicatori di risultato, prima di procedere nel dettaglio è opportuno osservare quanto il campo previsto ad hoc nelle "tabelle 1" sia stato effettivamente compilato, per giungere innanzitutto ad una prima quantificazione del ricorso a questi strumenti.

Figura 1 – Percentuale di "tabelle 1" che presentano indicatori di risultato su totale delle "tabelle 1" dei Piani distrettuali 2009-2011. Dati provinciali



Dalla tavola 1 - e, a livello esclusivamente provinciale e regionale, anche dalla figura 1 – è possibile osservare che la netta maggioranza delle " tabelle 1 " inserite nei Piani distrettuali triennali prevede e indica indicatori di risultato.

Tavola 1 – Indicatori di risultato indicati o meno nelle tabelle del Piano di zona 2009-2011 per distretto e provincia

Provincia	Distretto/Zona sociale	Non indicati	Indicati	Totale
	Levante		28	28
	Piacenza		41	41
	Ponente	5	12	17
Totale Piacenza		5	81	86
	Fidenza	2	4	6
	Parma	9	10	19
	Sud Est	13	14	27
	Valli Taro Ceno	17	1	18
Totale Parma		41	29	70
	Castelnovo		6	6
	Correggio		37	37
	Guastalla		8	8
	Reggio Emilia		10	10
	Scandiano		9	9
	Val d'Enza		19	19
Totale Reggio Emilia			89	89
	Carpi		10	10
	Castelfranco Emilia	1	7	8
	Mirandola		23	23
	Modena		10	10
	Pavullo		8	8
	Sassuolo		13	13
	Vignola		3	3
Totale Modena		1	74	75
	Bologna		10	10
	Casalecchio di Reno	26	4	30
	Imola	1	15	16
	Pianura Est	27		27
	Pianura Ovest		13	13
	Porretta Terme	24	5	29
	San Lazzaro di Savena	6	1	7
Totale Bologna		84	48	132
	Centro Nord		10	10
	Ovest Centro		4	4
	Sud Est		6	6
Totale Ferrara			20	20
	Faenza		23	23
	Lugo		13	13
	Ravenna		57	57
Totale Ravenna			93	93
	Cesena Savio		15	15
	Forlì		31	31
	Rubicone Costa		13	13
Totale Forlì-Cesena			59	59
	Riccione		32	32
	Rimini		20	20
Totale Rimini			52	52
Totale Emilia-Romagna	131	545	676	

A livello regionale, si tratta di oltre otto tabelle su dieci (80,6%), dato medio, ancora una volta, risultante da scelte e impostazioni differenti a livello provinciale e distrettuale. Si registrano infatti interi territori provinciali i cui distretti hanno inserito indicatori di risultato in tutte le "tabelle 1" dei Piani distrettuali triennali, come nel caso di Reggio Emilia, Ferrara e delle tre province romagnole di Ravenna, Forlì-Cesena, Rimini; seguite da Modena, che registra una percentuale assai vicina al 100% (98,7%), dal momento che solamente una "tabella 1" del Piano 2009-2011 del distretto di Castelfranco Emilia non presenta indicazioni in questo senso e da Piacenza (94,2%, dovuto a 5 "tabelle 1" del Piano di zona del distretto di Ponente che non prevedono indicatori in questo senso). E contemporaneamente si notano altri territori, come quelli della provincia di Parma e Bologna, con percentuali di "tabelle 1" contenenti indicatori di risultato in numero decisamente meno elevato (rispettivamente, 41,4% e 36,4%).

Dall'analisi a livello distrettuale condotta con l'aiuto della "tabella 1", si può poi notare che il dato meno elevato della provincia di Parma è da spiegarsi principalmente per la scelta del distretto di Valli Taro Ceno, che presenta indicatori di risultato esclusivamente in una delle 18 tabelle inserite nel proprio Piano di zona triennale. Per quanto concerne Bologna, va precisato che il distretto coincidente con il capoluogo ha previsto indicatori in tutte dieci le "tabelle 1" presentate, così come ha fatto il distretto di Pianura Ovest; al contrario, il distretto di Pianura Est non presenta alcun indicatore di risultato all'interno delle "tabelle 1" del Piano di zona, così come lo fa solamente in un caso su sette il distretto di San Lazzaro di Savena (cfr. tav. 1).

Come è poi possibile evincere dalla tavola 2, la presenza o meno di indicatori di risultato non pare relazionata al tipo di target a cui afferiscono gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere, dal momento che le percentuali di "tabelle 1" che prevedono indicatori di questo tipo variano assai limitatamente da un target all'altro, limitandosi ad oscillare fra l'87,2% che si registra con riferimento alle "tabelle 1" riferite alla salute mentale all'81,4% evidenziato da quelle che fanno riferimento alla povertà e all'esclusione sociale (cfr. tav. 2).

Tavola 2 – Presenza in "tabella 1" di indicatori di risultato per ciascun target indicato (da solo o con altri)

	Indicatori di risultato		Totale	N
	Non indicati	Indicati		
Responsabilità familiari	15,6	84,4	100,0	257
Infanzia e adolescenza	17,5	82,5	100,0	257
Giovani	15,4	84,6	100,0	272
Anziani	17,0	83,0	100,0	271
Disabili	16,1	83,9	100,0	274
Immigrati stranieri	17,4	82,6	100,0	276
Povertà e esclusione sociale	18,6	81,4	100,0	242
Salute mentale	12,8	87,2	100,0	234
Dipendenze	13,9	86,1	100,0	230

Note:

I valori percentuali presentati in questa tabella possono essere diversi da quelli presentati nella "tabella 1" perché, si ricorda, in ciascuna tabella può essere indicato più di un target.

Dalla tavola 3 è possibile osservare, invece, che l'inserimento o meno di indicatori di risultato all'interno delle "tabelle 1" dei Piani distrettuali 2009-2011 è in parte legato al tipo di finalità cui queste stesse "tabelle 1" afferiscono. E in particolare che quelle che fanno riferimento a finalità di cura e assistenza più di frequente presentano indicatori di questo tipo (nell'85,1% dei casi, a fronte del 79,1% registrato con riferimento a "tabelle 1" afferenti a finalità di prevenzione e all'80% di quelle indicanti finalità di informazione e sensibilizzazione) Cfr. tav. 3²⁰.

Tavola 3 – Presenza in "tabella 1" di indicatori di risultato per ciascun tipo di finalità indicata (da sola o con le altre)

	Indicatori di risultato		Totale	N
	Non indicati	Indicati		
Informazione, sensibilizzazione	20,0	80,0	100,0	370
Prevenzione	20,9	79,1	100,0	378
Cura, assistenza	14,9	85,1	100,0	343

Note:

I valori percentuali presentati in questa tabella possono essere diversi da quelli presentati nella "tabella 1" perché, si ricorda, in ciascuna tabella può essere indicata più di una finalità.

²⁰ Va specificato che le relazioni appena presentate possono risultare particolarmente deboli anche a causa del fatto che spesso una stessa

"tabella 1" fa riferimento a più finalità (e/o, come già rilevato, a più target).

Quali indicatori in "tabella 1": fra generalità e specificità

Si è poi proceduto ad una disamina degli indicatori di risultato inseriti nelle "tabelle 1" dei Piani distrettuali triennali 2009-2011 da cui sono emerse alcune rilevanti caratterizzazioni circa le scelte adottate nei diversi Piani distrettuali 2009-2011.

In primo luogo, il ricorso sia ad indicatori di carattere generale e comunque collocati ad un elevato livello di generalità che ad indicatori particolarmente specifici. Di solito, è con riferimento a finalità di informazione e sensibilizzazione che si incontrano indicatori del primo tipo, di carattere generale, anche a causa, naturalmente, della maggiore difficoltà che si incontra nel dover definire dei risultati e delle ricadute (e di conseguenza i relativi indicatori) per attività di sensibilizzazione o informazione, soprattutto se rivolte ad ampie fasce di cittadini o all'intera popolazione del territorio.

Ad esempio, a fronte di un macro-obiettivo come la sensibilizzazione della popolazione al tema dell'incidentalità ed in particolare degli incidenti stradali, in un Piano di zona è stato inserito un indicatore che mira a misurare la riduzione del numero degli incidenti annui nelle tre aree di intervento individuate: incidenti domestici, sul lavoro e stradali, senza ulteriori specifiche e definizioni; ovvio infatti che un obiettivo così ampio e generalizzabile all'intera popolazione non possa che essere studiato con indicatori di carattere generale e senza particolari declinazioni. Alla stessa maniera, per un obiettivo strategico consistente nel contrasto alle dipendenze e nel sensibilizzare e promuovere le azioni di contrasto alle dipendenze da alcool e fumo, l'indicatore previsto mira a verificare l'effettiva progressiva diminuzione del numero dei nuovi utenti censiti dai servizi sociali e dal Ser.T rispetto agli utenti in carico fino all'anno precedente. Evidente che quando l'obiettivo è più specifico, o comunque rivolto ad un target più specifico (come generalmente avviene con riferimento a finalità di cura e assistenza), diviene meno complessa anche l'individuazione di indicatori di risultato specifici, che generalmente mirano a rilevare e quantificare o gli utenti coinvolti, dunque il numero di beneficiari che hanno fruito dell'intervento/azione, oppure la mole del servizio/Attività realizzato. Così, ad esempio, nelle azioni di lotta alla povertà e alla fornitura di beni di prima necessità, un indicatore che viene presentato in "tabella 1" può fare riferimento al "numero di pasti erogati" o al "numero di soggetti a rischio accolti nei Centri notturni"; se l'obiettivo fa riferimento a soggetti in condizioni di svantaggio ed è volto al loro inserimento lavorativo, talvolta viene proposto di rilevare il numero di persone ricevute a colloquio oppure il numero di quelle che hanno effettivamente ottenuto un miglioramento della propria condizione occupazionale, e via dicendo.

In generale, si può affermare che gli indicatori di risultato inseriti nelle "tabelle 1" dei Piani distrettuali 2009-2011 siano quelli che, volendo semplificare, paiono rispondere al quesito: "l'intervento è stato in grado di incidere sul fenomeno, o sul problema che intendeva modificare?". In questi casi, la valutazione si limita a verificare il grado di corrispondenza o discrepanza tra i fini, gli obiettivi, i prodotti generati (output) e i susseguenti effetti (outcome)²¹. E proprio (anche) il fatto che alcune delle "tabelle 1" indichino obiettivi specifici, altre

obiettivi generici, alcune afferiscano a fini o scopi (goal) ed altre a obiettivi (objectives) fa sì che ci si trovi talvolta dinanzi a indicatori molto specifici e in altri casi a indicatori assai meno stringenti.

Va specificato, infine, che sono soltanto una ristretta minoranza gli indicatori che fanno riferimento ad aspetti finanziari, quali il costo unitario, la spesa individuale di un servizio, ecc.

6.3 Il sistema di monitoraggio e valutazione previsto dai Piani distrettuali triennali

Strettamente connesso a quanto sopra descritto è poi il tema del sistema di monitoraggio e valutazione, sulla cui importanza si è già detto nella premessa del presente capitolo.

Per lo studio dei sistemi di monitoraggio e valutazione previsti, l'unità d'analisi si sposta necessariamente dalla singola "tabella 1" ai 38 Piani distrettuali triennali 2009-2011, dal momento che è il singolo Piano a presentare o meno uno specifico capitolo o una specifica sezione sul tema in oggetto, indipendentemente da quanto previsto dalle singole "tabelle 1" e dai diversi obiettivi strategici.

Pertanto, la prima informazione che si deve fornire consiste nel sottolineare che sono 13 su 38 – dunque circa un terzo - i distretti che hanno predisposto una specifica sezione del proprio Piano di zona 2009-2011 per esplicitare come intendono affrontare, anche nel concreto, il monitoraggio e la valutazione e come intendono pertanto impostare un sistema che persegua obiettivi di misurazione e di valutazione. Va specificato che quest'ultima è comunque considerata pressoché da tutti i diversi Piani distrettuali 2009-2011 di particolare rilevanza.

Si vuole qui precisare, inoltre, che in questa sede non si è rilevata la mera presenza o meno di un capitolo appositamente dedicato al tema, ma anche se in questo eventuale capitolo/sezione erano fornite indicazioni concrete sulle modalità con cui i singoli territori intendono approntare un sistema di monitoraggio e valutazione.

La figura 2 mostra chiaramente come, rispetto al dato medio regionale si registrino a livello provinciale situazioni assai differenziate.

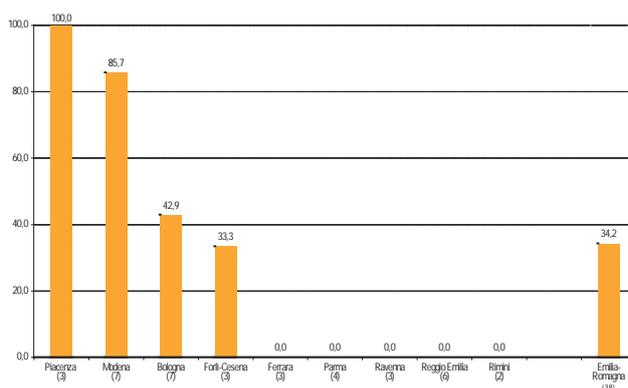
Si va infatti dalla totalità dei distretti piacentini che hanno dedicato ampio spazio e un accurato approfondimento al tema (nel caso di Piacenza città, si fa anche riferimento alla letteratura e a un quadro teorico concettuale di rilievo); si scende all'85,7% della provincia di Modena, che presenta capitoli specifici sul tema in sei distretti su sette (ossia tutti tranne quello di Sassuolo), al 42,9% di Bologna, con tre soli distretti su sette, al 33,3% di Forlì-Cesena, con il solo distretto Rubicone-Costa ad avere sufficientemente approfondito il tema; per arrivare infine alle restanti quattro province i cui distretti non hanno in alcun caso approfondito la tematica del monitoraggio e della valutazione.

Va da sé – ma è forse importante evidenziarlo - che in questa sede non si vuole attribuire alcuna valenza valutativa o veicolare alcun giudizio di merito rispetto a quanto ci si è, semplicemente, limitati a descrivere.

²¹ Cfr., sul tema, A. Lippi, *La valutazione delle politiche pubbliche*, Bolo-

gna, Il Mulino, 2007.

Figura 2 – Percentuale di piani distrettuali che presentano un apposito capitolo dedicato a monitoraggio e valutazione con specifica indicazione di quanto previsto in merito.



Note:

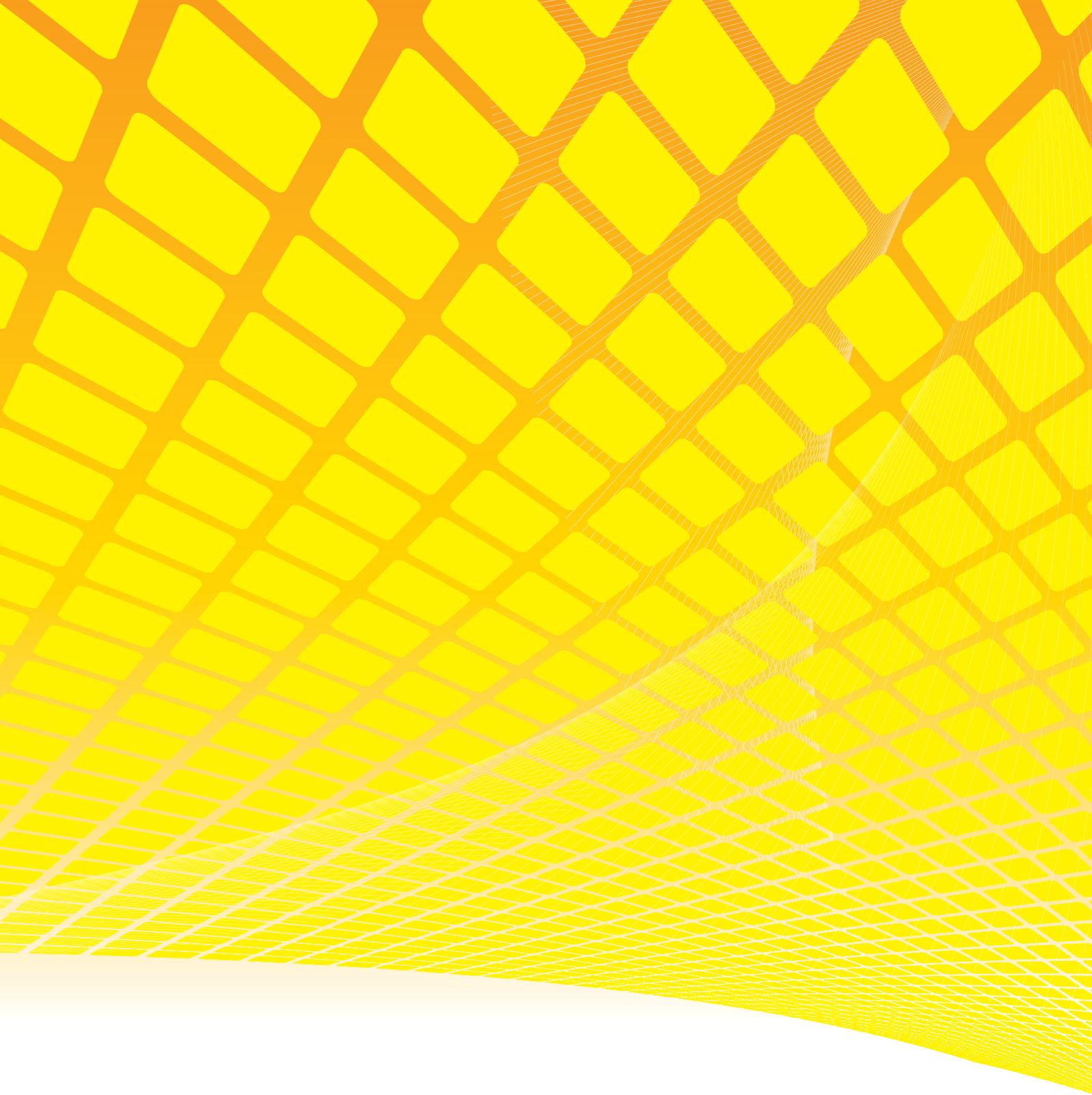
Fra parentesi viene indicato il numero di distretti di ciascuna provincia su cui si è proceduto al calcolo dei valori percentuali.

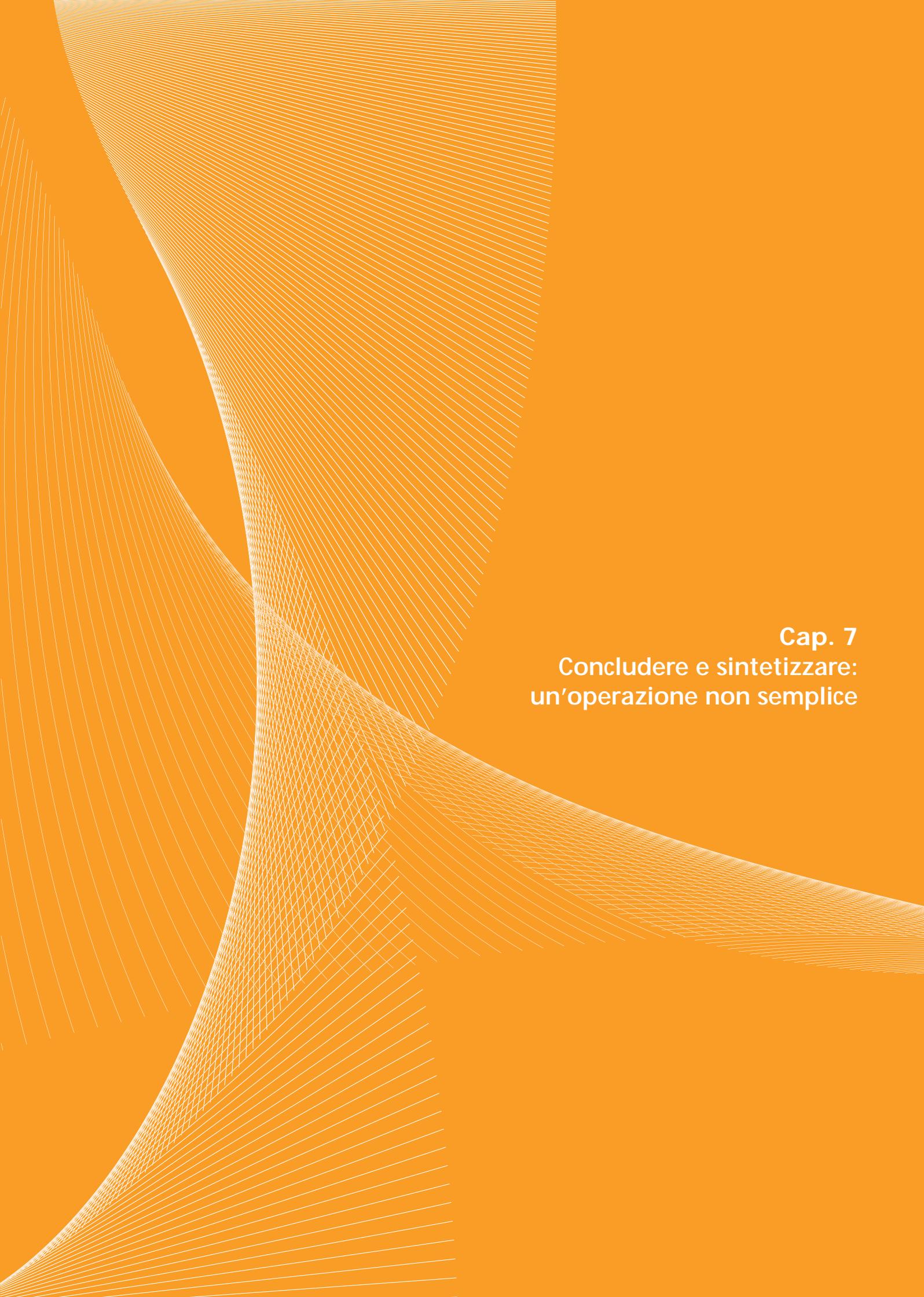
Tavola 4 – Distretti che nel Piano di Zona 2009-2011 indicano un sistema di monitoraggio e valutazione

Provincia	Distretto/Zona sociale	Previsto sistema monitoraggio e valutazione (cap. 6)
	Levante	Si
	Piacenza	Si
	Ponente	Si
Totale Piacenza		Si (3/3)
	Fidenza	No
	Parma	No
	Sud Est	No
	Valli Taro Ceno	No
Totale Parma		No (4/4)
	Castelnovo	No
	Correggio	No
	Guastalla	No
	Reggio Emilia	No
	Scandiano	No
	Val d'Enza	No
Totale Reggio Emilia		No (6/6)
	Carpi	Si
	Castelfranco Emilia	Si
	Mirandola	Si
	Modena	Si
	Pavullo	Si
	Sassuolo	No
	Vignola	Si
Totale Modena		Si (6/7)
	Bologna	Si
	Casalecchio di Reno	No
	Imola	Si
	Pianura Est	No
	Pianura Ovest	No
	Porretta Terme	No
	San Lazzaro di Savena	Si
Totale Bologna		Si (3/7), No (4,7)
	Centro Nord	No
	Ovest Centro	No
	Sud Est	No
Totale Ferrara		No (3/3)
	Faenza	No
	Lugo	No
	Ravenna	No
Totale Ravenna		No (3/3)
	Cesena Savio	No
	Forlì	No
	Rubicone Costa	Si
Totale Forlì-Cesena		Si (1/3), No (2/3)
	Riccione	No
	Rimini	No
Totale Rimini		No (2/2)
Totale Emilia-Romagna		Si (13/38); No (25/38)

Inoltre, va precisato, che tutti i territori sottolineano la considerevole rilevanza che il sistema di monitoraggio e di valutazione necessariamente deve assumere e che, senza dubbio, sempre più assumerà, anche perché – come evidenziato nel Piano di zona 2009-2011 del distretto di Vignola, “ la valutazione è una parte integrante della programmazione ovvero occorre adottare sin dalla fase della programmazione un approccio mirato sulla valutazione e sui relativi indicatori per mi-

surare gli esiti del piano ovvero prevedere che gli obiettivi siano espressi in modo verificabile” , ed inoltre per il fatto che la stessa valutazione è un procedimento di apprendimento. Anche per questa ragione, essa stessa deve essere il più possibile partecipativa, ossia coinvolgere tutti i soggetti che rappresentano delle effettive risorse per la promozione dello sviluppo locale e con i diversi soggetti che hanno concorso al processo programmatico.





Cap. 7
**Concludere e sintetizzare:
un'operazione non semplice**

Cap. 7 – Concludere e sintetizzare: un'operazione non semplice

7.1 La parola agli attori principali

Complessivamente, le ipotesi interpretative dell'analisi dei Piani distrettuali 2009-2011 si sono focalizzate in alcune direzioni: in primo luogo, indagare il livello di integrazione raggiunto dalla pianificazione territoriale locale prevalentemente attraverso l'analisi dei documenti di piano e attraverso il coinvolgimento degli attori principali (gli Uffici di piano appunto) rispetto soprattutto ai processi messi in atto; in secondo luogo, leggere e organizzare in un quadro sistematico i contenuti stessi della programmazione, soprattutto in termini di bisogni ed obiettivi sociali, sanitari, socio-sanitari così come sono stati codificati nei documenti di piano; in terzo luogo, sondare l'utilizzo degli strumenti proposti dalla Regione – con particolare riferimento alla "tabella 1" – e la loro "tenuta" pratico-operativa rispetto agli obiettivi stessi della programmazione locale integrata.

Questo complesso lavoro di analisi si è concluso con due focus group con i referenti degli Uffici di piano distrettuali che hanno consentito di meglio interpretare alcuni nodi problematici emersi dall'analisi dei documenti.

...il "travaglio istituzionale" accompagna ancora le politiche locali

Si vuole preliminarmente sottolineare la scelta metodologica di aver voluto coinvolgere tutti gli Uffici di piano locali riproponendo in due focus distinti i medesimi temi. Ciò ha consentito di avere una rappresentanza sufficientemente allargata delle varie realtà locali. Al di là della signifi-

ficatività numerica (va detto che non hanno partecipato gli Uffici di Piano di 2 province), si è potuto ascoltare la testimonianza anche di quelle realtà distrettuali non comprendenti i comuni capoluogo di Provincia (che sono spesso i più rappresentati nelle varie sedi partecipative di confronto fra Regione e Territorio). Si tratta di realtà distrettuali in cui, nonostante i tanti passi in avanti compiuti sul versante della programmazione, sono confluite le difficoltà tipiche dei Comuni piccoli e medi che le compongono.

Sono proprio questi Comuni che, alle criticità derivanti dal "travaglio istituzionale" proprie di tutti gli Enti locali (travaglio, nel senso di faticoso lavoro per trovare forme gestionali efficaci: ritiro delle deleghe sanitarie, costituzione di forme associative per la gestione dei servizi, individuazione e valorizzazione del ruolo delle ASP, ecc.), devono ancora fare i conti con strutture spesso deboli sul versante organizzativo. È in questi contesti che la razionalizzazione delle risorse e l'individuazione di modalità gestionali più efficaci costituisce l'unica strada da percorrere anche se non priva di grandi rischi e difficoltà pratiche ed organizzative. Come si vedrà oltre, è in questi contesti che sembra debba essere consolidata, ancora, proprio la dimensione "distrettuale" i cui confini e modalità gestionali trovano difficoltà ad essere recepiti prima ancora che dai tecnici, dagli stessi amministratori.

D'altro canto anche gli ambiti distrettuali in cui sono presenti i Comuni capoluogo presentano alcune criticità, sebbene in parte diverse: la necessità di un maggiore equilibrio fra municipalità che esprimono problematiche differenti, la difficoltà di gestire passaggi organizzativi e gestionali importanti come l'avvento di nuovi soggetti quali le Asp, la ri-organizzazione interna di quartieri/circoscrizioni in termini di modelli organizzativi e competenze che ha visto interessati negli ultimi anni molti Comuni capoluogo (Bologna, Reggio Emilia, ad esempio). Per non

parlare, ovviamente, delle ri-organizzazioni anche interne al "sistema sanità", con cui necessariamente i comuni si devono armonizzare (la ri-organizzazione dipartimentale, i cambiamenti di confini territoriali dei distretti, per citare solo alcuni esempi). Ciò che accomuna comunque le realtà territoriali è la ricerca faticosa di difficili equilibri fra gli attori istituzionali in campo in un periodo, ormai decennale, di cambiamento del sistema che presiede alle politiche di welfare. L'analisi e la valutazione dei processi locali programmatori non può non considerare il complesso scenario istituzionale qui appena tratteggiato.

Un primo dato emerso dai focus, quindi, è proprio quello dell'affaticamento indotto dal "travaglio istituzionale" sia negli operatori che lavorano nei servizi, sia negli operatori, nei dirigenti e negli amministratori più coinvolti nei processi programmatori. Una situazione comunque con cui si dovrà continuare a convivere anche nel futuro, perché i processi di cambiamento sono ancora in corso di realizzazione.

Pur partendo da queste difficoltà, i due focus hanno affrontato soprattutto il tema dell'integrazione e cioè dei meccanismi che consentono un lavoro integrato tra diverse istituzioni e tra diversi ambiti di intervento, in primis l'integrazione tra servizi sociali e sanitari.

7.2 Coerenza interna e dinamiche dell'impianto programmatico complessivo: dagli Atti di Indirizzo ai Piani di Zona

L'integrazione (delle politiche, dei processi programmatori, delle prassi operative, delle singole progettazioni), infatti, come più volte ribadito anche nel corso della presente analisi, rappresenta il principale obiettivo posto da Piano sociale e sanitario regionale ai territori per la programmazione 2009-2011. L'integrazione costituisce un principio e insieme uno strumento per la piena attuazione del sistema di welfare locale a favore dei cittadini emiliano-romagnoli.

Gli elementi emersi dalla discussione dei focus si inseriscono all'interno dell'azione valutativa che la Regione sta attuando relativamente a tutto l'impianto programmatico posto in essere. La presente analisi è stata svolta contestualmente a quella relativa alla programmazione di livello intermedio (concretizzata negli Atti di indirizzo triennali delle CTSS e nei Profili di comunità) in cui esiti sono pubblicati in "I nuovi strumenti della programmazione regionale: la sfida del profilo di comunità e dell'atto di indirizzo e coordinamento triennale". Come si ricorderà, a conclusione di quella analisi si rimandava alla programmazione distrettuale proprio per una verifica dell'utilizzo e – insieme – dell'utilità di Atti e Profili: tale aspetto è stato pertanto qui trattato sia nell'ambito dei Focus group insieme ai protagonisti del processo sia nell'ambito dell'analisi prettamente documentale.

Entrambe hanno evidenziato un dato: l'Atto di indirizzo e coordinamento ed il Profilo di Comunità sono stati, per quasi tutti i Distretti, nuovi riferimenti per la programmazione zonale.

L'utilizzo di "Atti" e "Profili": un risultato raggiunto

Nel Focus group sono stati individuati diversi "utilizzi": c'è chi vi si è riferito soprattutto in sede di stesura del documento del Piano di Zona, chi invece ha usato ampiamente i contenuti dei documenti anche nelle varie sedi preposte alla programmazione (comitati

di distretto, tavoli tematici, ecc.). Quindi si può affermare che il grande sforzo compiuto a livello intermedio non è stato vano: sembra in una certa misura essere stato superato anche il problema della ristrettezza dei tempi, in quanto la modalità di lavoro 'condiviso' tra Uffici di supporto e Uffici di piano locali ha fatto sì che questi ultimi fossero già a conoscenza dei contenuti principali, avendo contribuito ad elaborarli, prima dell'approvazione formale degli Atti di indirizzo. Questo solo, di per sé, costituisce un'importante obiettivo raggiunto dall'intero processo programmatico.

I Distretti, riprendendo le indicazioni proposte dagli Atti, nel declinare obiettivi e priorità strategiche, hanno reinterpretato i temi e le problematiche sulla base delle specificità territoriali, per esempio affrontando in maniera più analitica alcune aree rispetto ad altre o aggiungendo ulteriori categorie di destinatari degli interventi.

In sede di Focus group sembra essere stata ribadita una questione, già emersa in occasione della valutazione degli Atti di indirizzo triennali: come si è detto, questi documenti hanno consentito di disporre di un patrimonio di indicazioni strategiche generali, i cui contenuti sono ritenuti assolutamente condivisibili da tutti i soggetti coinvolti. Questo però può rappresentare un elemento di criticità, anche se, come si è visto in quella sede, è comunque frutto di scelte consapevoli, poiché l'eccessiva genericità si può tradurre nella mancanza di definizione di vere e proprie priorità strategiche.

Si propone tale elemento come stimolo di riflessione per Uffici di supporto e Conferenze territoriali socio-sanitarie in funzione del prossimo triennio di programmazione.

7.3 I tavoli tematici come 'strumento' di integrazione

...integrazione:
quale, quanto,
dove?

Venendo al nocciolo della questione, si è chiesto ai territori di "connotare" l'integrazione nel processo conclusosi nella primavera del 2009 con i nuovi Piani distrettuali. L'analisi documentale restituisce un quadro in cui appare evidente lo sforzo compiuto dai territori di integrare i contenuti delle

varie politiche. Dai partecipanti ai Focus l'integrazione è stata associata innanzitutto ai "tavoli" intesi come "luoghi" della programmazione: per un numero consistente di soggetti coinvolti l'integrazione c'è stata ed è avvenuta principalmente nei cosiddetti "tavoli" (generalmente, i tavoli tematici istituiti dai precedenti "piani di zona" del sociale), anche se non con la medesima articolazione per i diversi ambiti delle politiche (socio-educative, abitative, ambientali, della sicurezza, ecc.)

I tavoli, infatti, sono stati individuati come il luogo in cui si sono integrate, prevalentemente, le professionalità del sociale e del sanitario. In buona sostanza, le prassi operative e quotidiane di lavoro comune hanno fatto sì che anche a livello programmatico fosse quasi naturale che operatori del sociale e della sanità lavorassero congiuntamente. In più di un caso è emerso che i tecnici dell'Azienda Usi sono stati anche coordinatori dei tavoli tematici e ciò, ovviamente, ha contribuito al consolidamento della percezione di una "avvenuta integrazione".

Nella presente analisi l'aspetto della composizione dei tavoli, delle regole della conduzione, delle modalità di lavoro e della mission dei tavoli stessi non è stato trattato: tuttavia, anche dalle testimonianze raccolte dai focus è emerso come questi "tavoli" si siano ormai consolidati rispetto alla passata espe-

rienza dei Piani di zona e dei Piani per la salute, pur tra mille difficoltà, come luogo di integrazione. Oltretutto va detto che in molti territori essi rappresentano uno "strumento continuativo" di confronto fra vari attori, che non si attiva solo in occasione della programmazione (per i piani triennali o per i programmi attuativi annuali), ma ogni qualvolta il territorio abbia necessità di programmare interventi di livello sovracomunale.

I tavoli tematici
fra molte luci
e qualche ombra...

Accanto a questi aspetti che costituiscono "punti di forza" della programmazione locale non manca l'evidenziazione di una serie di problematiche. Permane una difficoltà ad avere ai tavoli tematici una rappresentanza di altri settori delle politiche pubbliche di competenza dei Comuni.

Secondo le testimonianze raccolte, la partecipazione di tecnici e referenti di altri assessorati – mobilità e ambiente, per citare quelli più evocati – è stata piuttosto scarsa.

Qualcuno ha sottolineato che il richiamo cogente all'integrazione del sociale con altre politiche dovrebbe trovare una corrispondente indicazione anche nei documenti programmatici degli altri settori (ambiente, territorio, mobilità): in altre parole, l'integrazione deve essere voluta e perseguita reciprocamente e coinvolgere attivamente anche le altre programmazioni.

Va detto invece che si è ormai consolidata la presenza ai tavoli dei tecnici che si occupano dei servizi socio-educativi e delle politiche abitative, a dimostrazione del consolidamento di una integrazione promossa sin dalla prima stagione dei Piani di Zona 2002-2003.

È stato più volte sollevato anche il problema del coinvolgimento degli Amministratori: non sempre, infatti, il Comitato di distretto è quel luogo di integrazione da cui, logicamente, dovrebbero discendere tutte le altre "integrazioni". Questa criticità è ancora più rilevante in quei territori in cui, per le ragioni sopra richiamate, si sta ancora cercando di consolidare il ruolo dei Comuni all'interno dell'ambito distrettuale e/o di definire forme associative intercomunali.

Più diversificata invece appare la situazione rispetto alla partecipazione del Terzo Settore e, più in generale, della comunità locale ai tavoli della programmazione, in quanto questa discende dalle storie locali: in alcuni territori si colgono oggi frutti di un percorso partecipativo maturato nel tempo – non privo comunque di difficoltà. Altri territori hanno cercato di innovare e, è il caso del distretto di Piacenza, hanno cercato di coinvolgere anche la cittadinanza, sia diffondendo i contenuti del piano triennale, in forme e modi facilmente accessibili (opuscoli, siti, ecc.) sia coinvolgendo un ampio spettro di soggetti nella elaborazione culturale di tematiche e proposte migliorative.

Il problema di una compiuta ed effettiva partecipazione ai tavoli della programmazione assume comunque una valenza generale: i tavoli sono faticosi da attivare, da realizzare, da "mantenere", sia perché richiedono competenze specifiche di ordine metodologico relative alla gestione di gruppi di lavoro spesso conflittuali e complessi, sia perché richiedono molto tempo e lavoro per la trattazione e la resa dei contenuti prodotti nonché per la cura delle relazioni fra gli stessi componenti. Sembra di poter dire che quei territori che hanno investito con continuità negli Uffici di piano – tecnostrutture che dovrebbero avere al loro interno anche queste competenze – oggi raccolgono "frutti" in questa direzione. Quei

territori dove – per ragioni diverse – l’investimento è stato minore, oggi risentono maggiormente delle difficoltà che un percorso così ambizioso porta con sé.

In tutti i casi, tuttavia, sembra emergere che, soprattutto in questi processi, ciò che conta è soprattutto la “motivazione” dei tecnici, in buona sostanza il “quanto ci si crede”, anche al di là di adempimenti e scadenze.

La geografia dei tavoli: una ri-costruzione necessaria

Un’altra questione che meriterebbe un ulteriore approfondimento, peraltro non nuova, riguarda la “mission” stessa dei tavoli. Posto che i tavoli sono identificati come una buona prassi operativa ai fini programmatori, qualcuno ha posto il problema di “dove si può collocare l’attività dei tavoli?”. Indubbiamente ragionare sugli obiettivi dei tavoli è importante perché contribuisce a migliorare un “disegno programmatico” in cui siano sempre più chiari (ad amministratori e tecnici che cambiano, più o meno ciclicamente) ruoli, funzioni, ambiti di intervento, metodologie, punti di partenza ed arrivo.

Molte sembrano essere infatti le “caratteristiche” assunte nei diversi ambiti territoriali dai tavoli tematici: possono essere un luogo di condivisione dei problemi, di analisi dei bisogni, di individuazione di obiettivi, di progettazione di specifiche attività, di verifica delle azioni proposte dal programma attuativo; addirittura c’è chi, in modo anche originale, ha fatto diventare i tavoli una sorta di “laboratorio culturale”, un luogo in cui si discute di temi e problematiche emergenti, in cui si cerca di mettere insieme informazioni, ma anche di elaborare riflessioni di carattere più generale.

Questa molteplicità e differenziazione di funzioni che via via sono state assunte dai tavoli non devono in alcun modo generare confusione di ruoli: il PSSR, e successivamente le linee di indirizzo per la programmazione territoriale (cfr. DGR n.1682/2008), individuano chiaramente nel Comitato di Distretto il luogo deputato alla definizione delle priorità strategiche e più in generale all’assunzione delle responsabilità della programmazione.

Va ribadita la distinzione fra quelle che il piano regionale definisce la funzione di governo (relativa alla programmazione, regolazione del sistema e verifica) e la funzione tecnico-amministrativa (che attiene alle competenze tecniche e gestionali), soprattutto in questa fase di grandi trasformazioni organizzative e gestionali, nonché, più in generale, di contesto. Certo la progressiva integrazione della programmazione sanitaria nei Piani di zona (ricordiamo che dal 2009 si chiamano “Piani di Zona per la salute ed il benessere sociale”) e quindi la necessità di sancire la corresponsabilità di sindaci (politici) e Direttore di Distretto (tecnico) sulle scelte di programmazione locale ha introdotto ulteriori elementi di complessità.

Le scelte di governance locali

Ai “tavoli”, anche laddove coordinati o integrati da figure politiche, può essere affidato il compito dell’elaborazione, del confronto, del supporto all’istruttoria dei documenti di programmazione (che ricordiamolo, è responsabilità dell’Ufficio di piano) mentre al Comitato di Distretto, integrato dal Direttore

di distretto, spetta quello delle scelte di programmazione. Certo, la definizione degli ambiti di reciproca influenza, dei confini tra i luoghi di confronto e delle modalità organizzative attiene alle scelte di governance locali e pertanto può godere

di ampi margini di variabilità e innovazione.

E’ utile certamente che la Regione riprenda – alla luce dell’esperienze attuate - il confronto più puntuale su questi temi anche al fine di individuare diversi stili di governance per aiutare amministratori e strutture tecniche (Uffici di piano) ad avere punti di riferimento, prassi e modelli che si possano adattare alle storie territoriali e ai contesti comunitari specifici. Tanta strada è stata fatta, come si diceva, e ora è importante valorizzarla e sostenere il lavoro futuro anche attraverso la diffusione e il confronto delle cosiddette “buone prassi”. Il non dotarsi di strutture e metodi di programmazione solidi, anche se diversificati, rischia di indebolire e compromettere i risultati raggiunti proprio in un momento in cui i problemi sono sempre più complessi e vi è una cospicua diminuzione delle risorse disponibili.

Proprio per questo pare importante concentrare gli sforzi affinché maturi la collaborazione organizzativa tra AUSL, Province e Comuni per il rafforzamento degli Uffici comuni (Uffici di Piano e Uffici di supporto) e si rafforzino gli accordi e l’impegno comune sull’utilizzo delle risorse.

In estrema sintesi, gli elementi di riflessione emersi inducono la necessità di “continuare a monitorare” a livello locale alcune questioni centrali, ai fini di rendere la programmazione delle politiche sempre più efficace ed integrata:

- le riorganizzazioni istituzionali degli ambiti distrettuali: un processo avviato, ma lungi dall’essere concluso, soprattutto in alcune aree della Regione;
- il ruolo dei Comitati di distretto: pur nel riconoscimento delle autonomie locali, occorre sollecitare e sostenere la progressiva maturazione di questo organismo politico che si vuole “cuore” delle politiche integrate;
- la collocazione e l’organizzazione degli Uffici di Piano: monitorare l’attuazione delle convenzioni, ma soprattutto il funzionamento organizzativo di queste tecnostrutture, fondamentali per la realizzazione dei processi di integrazione e per sostenere il disegno di governance delineato dal PSSR;
- l’integrazione istituzionale e delle programmazioni: la nuova stagione programmatica 2009-2011 ha evidenziato l’esistenza di processi ormai consolidati di integrazione in termini di “lavoro comune” di professionisti del sociale (assistenziale, educativo) e del sanitario. Occorre partire dai risultati raggiunti per compiere un ulteriore sforzo ai fini di valorizzare e coinvolgere la molteplicità di attori, istituzionali e non, a vario titolo coinvolti nei temi del benessere e della salute, sollecitando anche nelle altre politiche la necessità di un’integrazione sostanziale, e non solo formale;
- lo sviluppo di attività di monitoraggio e di valutazione: il tema è ricorrente, poiché rappresenta storicamente un punto di debolezza per le politiche sociali. La progressiva integrazione con la sanità, che dispone in questo campo di una cultura scientifica, di strumenti e risorse indubbiamente più sofisticati e complessi, può rappresentare un’occasione di contaminazione positiva e crescita dell’intero sistema. La sfida è costruire sistemi di monitoraggio e valutazione che razionalizzino e mettano in rete ciò che già è stato realizzato, anche a livello locale, e sviluppino, senza eccessivi aggravii per enti locali e soggetti gestori, strumenti di sintesi e lettura degli esiti della programmazione differenziati per i diversi livelli di governo (livello regionale, “intermedio”, ambito distrettuale). E’ un percorso complesso e che prevede tempi di realizzazione non certo brevi, ma su cui si gioca l’efficacia dell’intero processo avviato.

7.4 La programmazione 'per target': un campo aperto di nuove ipotesi

Spesso il target è l'intera cittadinanza...

I nuovi Piani triennali sono documenti che fanno riferimento a politiche rivolte a target singoli e/o combinati, ma anche alla cittadinanza nel suo complesso. A quest'ultimo proposito, si ricorda che i Piani di 30 distretti sui 38 contengono bisogni e obiettivi rivolti a tutta la popolazione, in rela-

zione ai temi della casa, del lavoro, della sicurezza, dei trasporti, della coesione sociale, dell'accesso ai servizi, dell'ambiente, come è stato analizzato nel capitolo 3 del presente rapporto. Ciò va indubbiamente letto come il tentativo di integrare interventi afferenti a varie politiche entro il Piano di zona. D'altro canto gli stessi territori hanno evidenziato, in sede di focus group, come ancora, soprattutto in alcuni casi, si tratti di tentativi che, se non adeguatamente monitorati, rischiano di essere "mere" dichiarazioni di intenti.

Anche la questione della "programmazione per target" è stata oggetto di confronto con gli Uffici di Piano: è emerso come talvolta tale logica si sia rivelata limitante e si siano pertanto individuate ulteriori strade, ad esempio, modificando composizione, denominazione, area di intervento dei tavoli tematici. Certamente spesso questa riorganizzazione ha anche risposto ad una logica di razionalizzazione delle sedi di confronto e alla volontà di creare luoghi di discussione più trasversali. Non si è però rintracciata – dalle opinioni raccolte – una scelta tendenziale e ricorrente.

Ad esempio, i tavoli immigrazione, spesso riaccorpatisi entro i tavoli "disagio-inclusione", in alcuni territori sono stati invece mantenuti ai fini di dare maggior spazio alla partecipazione delle associazioni di immigrati, considerate una ricchezza da valorizzare.

Il tavolo "famiglia e responsabilità famigliari" è quello che è

Alla ricerca di percorsi innovativi

stato oggetto di maggiori "modificazioni" e declinazioni. Ciò non stupisce, vista la trasversalità del "soggetto" famiglia. Emblematicamente, merita citare in questa sede quanto riportato in un Piano di zona del modenese che così sintetizza il processo di "riorganizzazione" delle

sedi di confronto programmatico: "per affrontare il processo di costruzione del Piano, come si è detto, sono stati costituiti tre gruppi di lavoro articolati in grandi aree di popolazione: fascia della popolazione da 0 a 18/20 anni che ricomprende le aree indicate dal Piano sociale e sanitario regionale come famiglia, infanzia e adolescenza, giovani; il gruppo adulti fragili che comprende la fascia di popolazione da 20 a 64 anni con problematiche trasversali, definite nel piano con le aree disabili, povertà ed esclusione sociale, dipendenze, salute mentale, immigrazione ed un terza fascia di popolazione, dai 65 anni e oltre, che corrisponde all'area anziani. I gruppi si sono articolati in sottogruppi di lavoro corrispondenti, all'incirca, alle aree indicate dalla Regione per entrare nel merito di specifici bisogni, ma l'articolazione "macro" utilizzata ci ha consentito di tenere insieme nel ragionamento progettuale anche problematiche che si intersecano e sovrappongono (immigrazione/povertà, giovani/dipendenze, ecc.) che potrebbero restare in ombra se il fuoco fosse puntato solo al singolo aspetto." (distretto di Mirandola – MO).

Emblematico è anche il caso del distretto di Pavullo che nel-

l'esplicitare, rispetto al tema dei "target", le scelte operate, dichiara di avere scelto un approccio innovativo con la finalità di superare la logica settoriale, tanto per quanto riguarda gli interventi sociali e socio-sanitari (target) che per quelli sanitari (livelli di assistenza).

Nel piano si dice che si è arrivati "all'individuazione di grandi macro obiettivi strategici, all'interno dei quali sono stati declinati gli obiettivi di priorità sociale, socio – sanitaria e sanitaria da conseguire nel triennio 2009/2011 [...] I grandi macro obiettivi strategici individuati sono i seguenti: 1) Promozione di progetti /attività integrati, intersettoriali, che mirino alla maturazione di una coscienza civile ed all'assunzione da parte di tutti i cittadini di una responsabilità personale nei confronti della salute e del benessere sociale proprio ed altrui; 2) Sostegno alla domiciliarità; 3) Ridefinizione dell'offerta residenziale sulla base dei bisogni delle diverse tipologie di utenza; 4) Sviluppo di azioni integrate a sostegno di politiche del lavoro adeguate alle necessità dell'ambito territoriale; 5) Sviluppo di azioni tese a migliorare la fruibilità/vivibilità degli spazi; 6) Accesso facilitato dei cittadini alla rete dei servizi sociali e sanitari e presa in carico integrata e qualificata; 7) Interventi di politica integrata rivolti al contrasto della povertà e all'esclusione sociale; 8) Sviluppo di azioni integrate a sostegno delle politiche della sicurezza e della tutela".

Come si vede in questi casi, alla logica di programmazione

L'importanza di valutare gli esiti delle politiche

per target viene sovraordinata una indicazione strategica trasversale, nella direzione di un avvicinamento alle modalità di programmazione sanitaria. La sfida ora consiste nel monitorare gli esiti di una tale innovazione.

Il che rimanda alla necessità – già più sopra richiamata e da tutti unanime-

mente riconosciuta - di impostazione di sistemi di valutazione e monitoraggio idonei a capire quanto l'affinamento di questi processi poi, realmente, impatti sulle politiche e sui cittadini (a tal proposito, cfr. Capitolo 6).

Più in generale, comunque, vale la pena di ricordare che nel Piano sociale sanitario la scelta di una declinazione del bisogno e conseguentemente dei servizi per "target" è collegata all'esigenza di "dare ordine", orientare e rendere maggiormente "leggibile" la programmazione; ciò non toglie che, come qualsiasi altra classificazione, il target rappresenti uno strumento di semplificazione della realtà e come tale, inevitabilmente, è destinato a non coglierne tutti gli aspetti: spetta alla programmazione territoriale declinarlo in base alle esigenze e sensibilità locali, così come negli esempi sopra riportati, consentendo in questo modo di avviare un percorso di revisione e adattamento degli strumenti ai cambiamenti demografici e sociali in corso.

7.5 La "tabella 1" come strumento di integrazione

Lo strumento individuato dalla Regione per la stesura dei Piani di zona, la cosiddetta "tabella 1", è stato l'oggetto principale della presente indagine. Nei capitoli precedenti si è dato conto dei contenuti di tali tabelle, delle coerenze interne fra essi. Da questo punto di vista, si può dire, in estrema sintesi, che lo strumento è stato ampiamente utilizzato anche se con modalità differenziate: in particolare i contenuti più "sanitari", sebbene molto presenti, sono più frequentemente stati trattati in capitoli a parte e non direttamente riconducibili alla tabella 1.

Più in generale si rintracciano all'interno dei documenti anche parti discorsive in cui si sono ripresi in termini più generali obiettivi e problematiche relative ai target, ma si può dire, complessivamente, che i documenti di piano siano decisamente più sobri che in passato e pertanto la presenza di uno strumento che ha aiutato a sintetizzare i contenuti rappresenta un elemento positivo.

L'analisi delle tabelle ha tuttavia evidenziato alcune criticità che riguardano prevalentemente i "linguaggi" della programmazione. In particolare, si è rintracciata una ricorrente sovrapposizione fra i contenuti dei due campi "bisogni" e "obiettivi". Infatti, la declinazione dei bisogni, come si è visto, è parsa talvolta impropria. Spesso nel campo dei bisogni si ritrovano o delle descrizioni dei servizi richiesti, oppure dei progetti, oppure vengono esplicitate delle carenze dei servizi stessi. È soprattutto in quest'ultimo caso che il confine fra bisogni – ancorché del servizio – e obiettivi si fa molto debole. Si ritiene opportuno accompagnare a livello regionale le prossime fasi della programmazione con azioni formative e di supporto di carattere metodologico.

Un altro elemento di riflessione è collegato alle scelte di classificazione contenute nella "tabella 1".

Le criticità già trattate rispetto alla logica di programmazione per target hanno mostrato come sia necessario che Regione, Uffici di supporto e Uffici di piano rintraccino – insieme - nuove soluzioni operative che, pure in una logica di continuità, siano in grado di rispondere sempre meglio alle esigenze di sistematizzazione di una programmazione integrata. Analogo discorso può essere fatto per quanto riguarda la variabile "finalità programmatiche": se nel 40% dei casi le schede o non riportano alcuna opzione o, in alternativa, le indicano tutte e tre contemporaneamente (informazione, prevenzione e cura), si pone probabilmente un problema di non corretto utilizzo o di inappropriata dello strumento. Le finalità proposte, trasversali rispetto ai target, richiamano il modello di programmazione proprio della sanità e in fase di predisposizione della scheda era parso opportuno e utile far convergere "stili" e linguaggi propri del sociale e del sanitario al fine di consentire ad entrambi di riconoscersi almeno in parte nello strumento, agevolando l'integrazione.

Rimane da valutare se le difficoltà incontrate in fase di primo utilizzo siano legate alla novità dello strumento o se sia necessario approfondire ulteriormente la questione di come concettualizzare e formalizzare il tema della trasversalità e dell'integrazione degli obiettivi.

D'altra parte è bene ricordare che il percorso mira a far gradualmente rientrare i contenuti della programmazione sanitaria nei Piani di zona, che nascono e si sviluppano, in attuazione della L. 328/00 e della L.R. 2/03, per gli obiettivi di politica sociale e socio-sanitaria e che pertanto sono fortemente caratterizzati in tale direzione. Proprio questa consapevolezza e la volontà di supportare il processo avviato ha portato, per esempio, già a partire dal 2009, all'elaborazione e trasmissione ai direttori di distretto da parte della Regione di indici di consumo calcolati su base distrettuale riferiti a prestazioni e tipologie di servizi da inserire nel Programma Attuativo 2009 (che a regime dovrebbe raccogliere i contenuti del PAT). È evidente che il confronto con i territori rappresenta un'occasione fondamentale di verifica del percorso avviato e di revisione degli strumenti al fine di renderli più adeguati all'obiettivo di integrazione.

Un'ultima considerazione riguarda la dimensione temporale:

il presente report riguarda la programmazione triennale, che come tale ha un carattere di più ampio respiro rispetto ai contenuti dei programmi attuativi annuali. Ferma restando l'importanza strategica di tale prospettiva, si evidenziano alcune criticità oggettive legate da un lato alla velocità dei cambiamenti socio-economici (basti pensare all'impatto che ha avuto sulle comunità locali la recente crisi economica mondiale) e dall'altro all'incertezza delle risorse, che rendono tali documenti soggetti al rischio di essere "superati" ancor prima del termine della loro validità. Questo offre un spunto di riflessione sull'opportunità di prevedere meccanismi (leggeri) di manutenzione periodica delle priorità definite nell'ambito dei piani distrettuali, al fine di mantenere "vivi" ed efficaci nel tempo tali documenti.

7.6 Integrare sociale e sanitario

Programmazione integrata vuol dire "processi", strumenti, prassi di intervento, documenti integrati. Si tratta certamente di un obiettivo in divenire e difficile da raggiungere, come si è più volte ripetuto nella presente rilevazione. Le ragioni della difficoltà a realizzare in modo compiuto l'integrazione fra sociale e sanitario hanno radici nei differenti modi di programmare che fino ad oggi hanno caratterizzato i due settori.

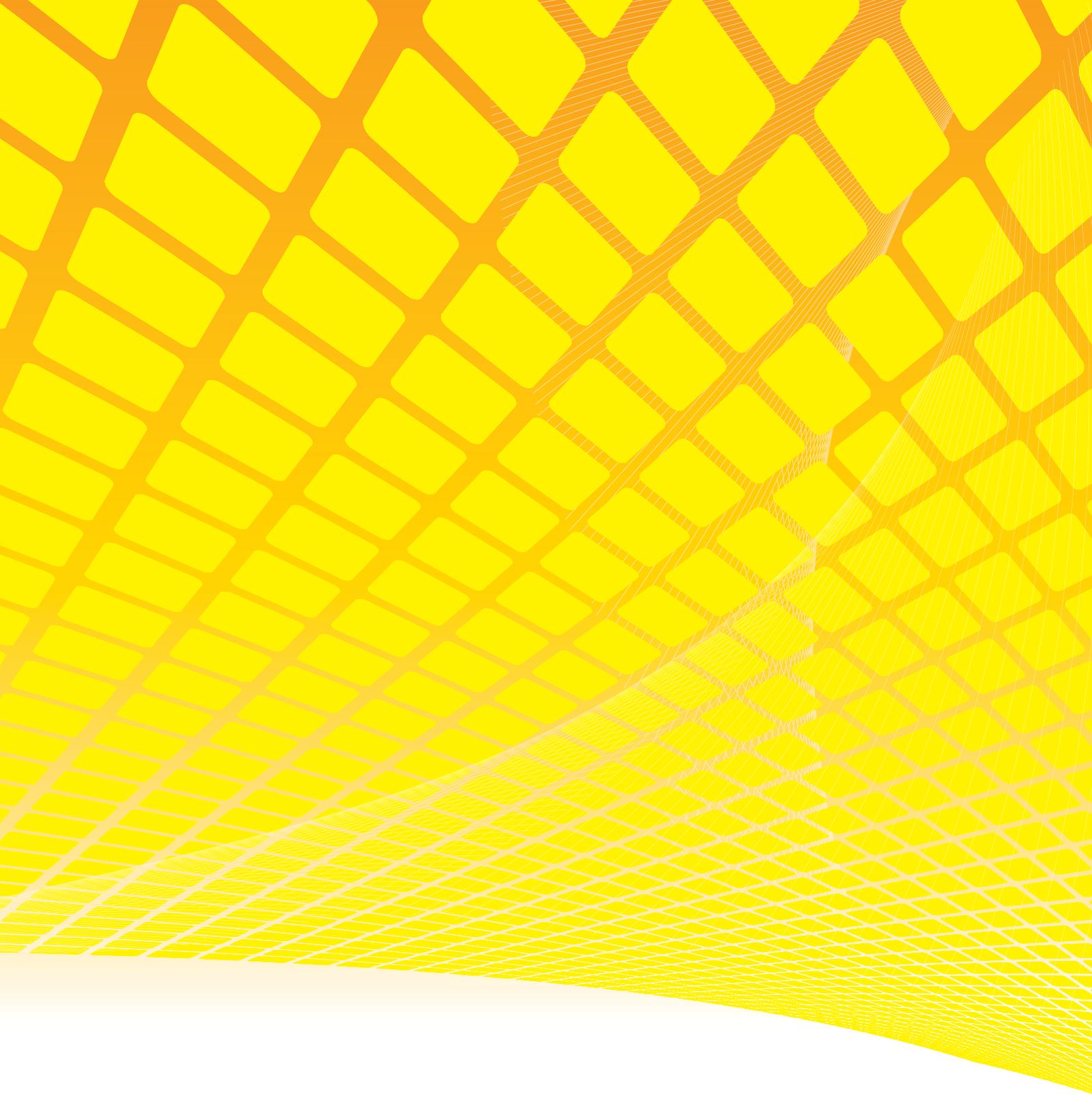
Come noto, sono infatti diversi i meccanismi programmatici, sia per quanto riguarda gli strumenti (per progetti e per target il sociale, per domini e per livelli di assistenza la sanità) sia per quanto riguarda gli ambiti territoriali di riferimento (comunale, distrettuali, per il sociale e il socio-sanitario, e prevalentemente aziendale per la sanità).

La questione principale e di merito riguarda tuttavia la regolazione normativa stessa delle due politiche: la sanità dispone di Livelli essenziali di assistenza, il sociale no; i finanziamenti per la sanità sono in qualche modo garantiti, quelli per il sociale sono frutto di volta in volta di una contrattazione Stato-Regioni. E queste non sono che alcune "ragioni" delle differenze. Di conseguenza, mentre a livello regionale la valutazione delle politiche sanitarie è incentrata sui risultati di processo degli interventi rispetto a degli standard dati (e molto meno sulle programmazioni), la valutazione delle politiche sociali prevede – accanto ad azioni che pure si fanno di monitoraggio e verifica - un grande lavoro di analisi proprio della programmazione.

Tutto ciò deriva dalla diversa regolazione nazionale di questi due comparti, visto che legge 328/00, che avrebbe dovuto equilibrare e avvicinare i due sistemi, non è stata applicata compiutamente rispetto alle due questioni fondamentali, ad oggi non risolte: livelli essenziali di assistenza per il sociale (Liveas) e il loro finanziamento (Fondo nazionale per le politiche sociali).

Il riferimento a questa complessa questione di politica nazionale avvalorata ancora di più le scelte della Regione Emilia-Romagna che ha voluto comunque orientare la programmazione locale in una direzione fortemente integrata, nella consapevolezza comunque che si sarebbe cominciato un percorso i cui esiti – a partire dalla programmazione triennale 2009-2011 – non possono che essere parziali rispetto all'obiettivo di massima integrazione locale delle politiche.

La sfida futura, per il prossimo triennio, è di far sì che i due "mondi" si incontrino ulteriormente rispetto alle rispettive e specifiche "prassi positive" sia in sede di valutazione della programmazione, sia in sede di valutazione degli esiti.





Parte 2
Approfondimenti
ed elaborazioni.
L'analisi statistica
delle "tabelle 1"

Parte 2

Approfondimenti ed elaborazioni. L'analisi statistica delle "tabelle 1"

In questa Parte si riportano in maniera più analitica i dati di analisi delle tabelle 1, i cui esiti sono riportati nel Capitolo 2 del presente Rapporto. L'analisi è stata condotta su tutti i 38 piani di zona triennali e su tutte le "tabelle 1" presentate dagli ambiti distrettuali.

Si evidenzia per ogni parte della "tabella 1" il metodo di analisi condotta e si commentano alcuni dati.

1. L'analisi per target

Una analisi molto complessa

L'analisi per target è stata molto complessa da realizzare in modo omogeneo e 'metodologicamente' sostenibile: i territori, infatti, hanno interpretato in modo specifico e pertanto estremamente vario questa possibilità di assegnazione 'libera' del target: libera, rispetto come si diceva,

alla logica stringente dei programmi finalizzati e libera perché, data la natura della programmazione rivolta alla comunità, poteva essere legittimo non avere alcun target specifico, ma tutta la cittadinanza.

Va precisato che in alcuni casi in "tabella 1" non è stato indicato alcuno dei nove target previsti, ma è stato poi aggiunto il riferimento ad altre voci non rientranti fra le nove previste (nel seguito della disamina si sono poi specificati tali casi).

In buona sostanza, i criteri in base ai quali è stata compiuta la presente analisi sono i seguenti:

- analisi dei casi in cui i territori hanno individuato o un singolo target o combinazioni di target (in quest'ultimo caso, "multi-target");
- analisi casi in cui i territori hanno aggiunto dei target;
- analisi dei casi in cui i territori non hanno individuato alcun target specifico ma dalla lettura del contenuto della tabella si evince che i destinatari degli obiettivi sono i cittadini;
- Analisi dei casi in cui i territori stessi hanno indicato tutti i target contemporaneamente.

In tavola 1 viene presentato, in primo luogo, il numero di volte in cui ciascun target è stato indicato nelle tabelle dei Piani di zona, con dettaglio regionale, provinciale e distrettuale.

Tavola 1 – N. tab. 1 dei Piani distrettuali 2009-2011 in cui è indicato – da solo o insieme ad altri – ogni target

Provincia	Distretto	Fami-glia	Infanzia adolesc	Giovani	Anziani	Disabili	Immi grati	Povertà escl.soc	Salute mentale	Dipendenze	Totale
	Levante Piacenza	12	9	11	9	10	10	10	8	9	28
	Piacenza	17	13	16	14	12	18	14	10	15	41
	Ponente	7	7	7	8	9	7	6	6	6	17
Tot. Piacenza		36	29	34	31	31	35	30	24	30	86
	Fidenza	2	2	3	2	2	2	1	1	2	6
	Parma	7	6	7	6	6	7	7	11	9	19
	Sud Est	5	9	9	10	7	7	5	7	7	27
	Valli Taro e Ceno	4	7	6	9	6	6	4	7	6	18
Tot. Parma		18	24	25	27	21	22	17	26	24	70
	Castelnovo	2	2	1	1	1	1	1	1	2	6
	Correggio	13	10	10	21	15	12	16	11	12	37
	Guastalla	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	Reggio E.	3	4	4	5	4	4	4	3	3	10
	Scandiano	3	3	4	3	3	3	3	2	3	9
	Val d'Enza	14	11	13	12	13	15	13	14	14	19
Tot. Reggio Emilia		36	31	33	43	37	36	38	32	35	89
	Carpi	3	3	3	3	3	3	3	3	3	10
	Castelfranco Emilia	4	4	3	3	3	4	4	5	4	8
	Mirandola	2	8	8	9	7	8	3	3	3	23
	Modena	3	3	3	3	3	3	2	2	2	8
	Pavullo	8	7	8	7	8	8	6	8	8	13
	Sassuolo	6	8	6	7	10	6	5	6	6	3
	Vignola	2	2	1	1	2	2	2	1	2	65
Tot. Modena		28	35	32	33	36	34	25	28	28	75
	Bologna	3	1	6	4	1	3	1	2	3	10
	Casalecchio di Reno	12	10	13	11	10	11	12	6	6	30
	Imola	3	7	8	7	7	5	3	3	3	16
	Pianura Est	7	10	10	9	10	11	9	8	8	27
	Pianura Ovest	3	1	5	4	1	2	1	2	1	13
	Porretta Terme	13	8	11	9	12	15	11	4	4	29
	S. Lazzaro di Savena	1	1	1	1			4			7
Tot. Bologna		42	38	54	45	41	47	41	25	25	132
	Centro Nord	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
	Ovest Centro	1	2	1	1	1	1	1		1	4
	Sud Est	1	1	2	2	2	3	2	2	2	6
Tot. Ferrara		3	4	4	4	4	5	4	3	4	20
	Faenza	19	22	20	17	16	19	18	16	18	23
	Lugo	8	8	8	7	9	11	10	7	7	13
	Ravenna	20	18	18	17	25	22	15	23	15	57
Tot. Ravenna		47	48	46	41	50	52	43	46	40	93
	Cesena Valle Savio	7	7	7	7	7	7	7	7	7	15
	Forli	15	15	17	18	22	18	16	16	14	31
	Rubicone	6	6	6	6	6	6	5	6	6	13
Tot. Forli-Cesena		28	28	30	31	35	31	28	29	27	59
	Riccione	15	15	11	13	15	11	12	15	13	32
	Rimini	4	5	3	3	4	3	4	6	4	20
Tot. Rimini		19	20	14	16	19	14	16	21	17	52
Totale Emilia-Romagna	257	257	272	271	274	276	242	234	230	676	
% rigaa	38,0	38,0	40,2	40,1	40,5	40,8	35,8	34,6	34,0	-	

Note:

a: La somma dei valori percentuali è superiore a 100% perché per ciascuna tabella potevano essere indicati contemporaneamente più target.

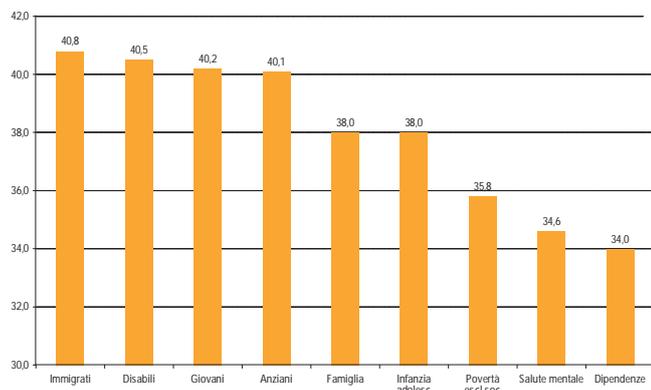
...a livello regionale

Prendendo in esame in primo luogo il totale regionale – presentato nell'ultima riga della tavola 1 ed anche graficamente con la figura 1 che riporta i target in ordine decrescente di frequenza percentuale per la regione Emilia-Romagna – si osserva che il tipo di utenza maggiormente indicato – da

solo o congiuntamente ad altri – nelle “tabelle 1” dei Piani di zona 2009-2011 è quello degli immigrati, presente in quasi il 41% dei casi (cioè in 276 “tabelle 1” su 676), seguito immediatamente (40,5%) dai disabili, dai giovani (40,2%) e dagli anziani (40,1%). Distanziati di oltre due punti percentuali altri due target: infanzia e adolescenza e famiglia (presenti, entrambi, nel 38% delle “tabelle 1”).

I tre target meno presenti nelle tabelle dei Piani di zona triennali sono le dipendenze (34%), la salute mentale (34,6%) e la povertà e l'esclusione sociale, appena al di sotto del 36%.

Figura 1 – Frequenza % con cui sono indicati i target nelle “tabelle 1” dei Piani di zona triennali 2009-2011 dei distretti della regione Emilia-Romagna (valori % in ordine decrescente)



Note:

a: La somma dei valori percentuali è superiore a 100% perché per ciascuna tabella potevano essere indicati contemporaneamente più target.

Tavola 2 - % con cui i singoli target sono indicati – da soli o congiuntamente ad altri – nei Piani di zona triennali 2009-2011. Dati a livello provinciale

Provincia	Famiglia	Infanzia adolesc.	Giovani	Anziani	Disabili	Immi-grati	Povertà escl.soc.	Salute mental	Dipendenze	N
Piacenza	41,9	33,7	39,5	36,0	36,0	40,7	34,9	27,9	34,9	86
Parma	25,7	34,3	35,7	38,6	30,0	31,4	24,3	37,1	34,3	70
Reggio Emilia	40,4	34,8	37,1	48,3	41,6	40,4	42,7	36,0	39,3	89
Modena	37,3	46,7	42,7	44,0	48,0	45,3	33,3	37,3	37,3	75
Bologna	31,8	28,8	40,9	34,1	31,1	35,6	31,1	18,9	18,9	132
Ferrara	15,0	20,0	20,0	20,0	20,0	25,0	20,0	15,0	20,0	20
Ravenna	50,5	51,6	49,5	44,1	53,8	55,9	46,2	49,5	43,0	93
Forli-Cesena	47,5	47,5	50,8	52,5	59,3	52,5	47,5	49,2	45,8	59
Rimini	36,5	38,5	26,9	30,8	36,5	26,9	30,8	40,4	32,7	52

Note:

a: La somma dei valori percentuali è superiore a 100% perché per ciascuna tabella potevano essere indicati contemporaneamente più target.

...a livello provinciale

La fotografia appena presentata per il livello regionale (cfr. fig. 2) non si ritrova in tutti i territori provinciali.

Infatti, come evidenzia la tavola 2 - che riporta le percentuali di riga calcolate a livello di province - gli immigrati sono il target più di frequente indicato dai Piani di zona di due sole

province (Ferrara e Ravenna); anzi, è addirittura quello meno trattato nei Piani di zona distrettuali riminesi e risulta al sesto posto per i Piani di zona dei distretti di Parma.

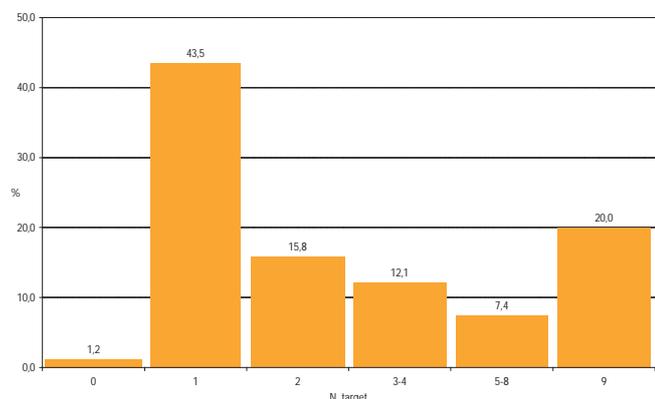
I Piani dei distretti afferenti a questa provincia hanno come target prevalente gli anziani (target indicato nel 38,6% delle “tabelle 1”); questo tipo di utenza risulta il più indicato anche nei distretti della provincia di Reggio Emilia. Anche i disabili rappresentano a loro volta il target maggiormente indicato dai Piani triennali afferenti a due province, Modena e Forli-Cesena, mentre per il territorio bolognese sono i giovani ad essere maggiormente indicati nelle “tabelle 1” relative agli obiettivi strategici triennali, così come per i distretti di Rimini prevale la salute mentale.

Con la tavola 3, si è voluto esplorare proprio quanto siano diffusi i cosiddetti "multi-target", cioè quei casi in cui nelle "tabelle 1" i distretti hanno individuato 2 o più target contemporaneamente. Osservando la riga del totale (rappresentata sinteticamente anche in figura 3), si può notare come, al di là degli 8 casi - distribuiti fra le province di Parma, Reggio Emilia, Bologna e Ferrara - in cui non è stato indicato alcun target, prevalga l'indicazione di un solo target per tabella, modalità di compilazione seguita in quasi la metà delle "tabelle 1" (43,5%). Ciò tuttavia significa che oltre la metà (54,3%) delle "tabelle 1"

fa riferimento a due o più target contemporaneamente. E più precisamente, 135, pari al 20% del totale, indicano tutti i nove target previsti, il 15,8% ne indica due, il 7,2% tre, meno del 5% quattro e soltanto 50 tabelle, pari al 7% circa, ne segnalano contemporaneamente fra cinque e otto (cfr. tavola 3 e fig. 2). Come specificato in precedenza, si ricorda che il segnalare "tutti i nove target" è stata talvolta la scelta adottata da alcuni territori nella compilazione delle "tabelle 1" a fronte di obiettivi di carattere generale con potenziali effetti e ricadute sull'intera popolazione di riferimento.

Provincia	Distretto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 (tutti)	Totale
	Levante		10	7	2	2	2		2	1	2	28
	Piacenza		19	6	3	2	3	1	1	1	5	41
	Ponente		9	1	1	1					5	17
Tot. Piacenza			38	14	6	5	5	1	3	2	12	86
	Fidenza		3	1	1						1	6
	Parma		9	4		1					5	19
	Sud Est	2	15	2	2	1	2				3	27
	Valli Taro e Ceno	1	10	2					2		3	18
Tot. Parma		3	37	9	3	2	2		2		12	70
	Castelnovo		3	1	1	1						6
	Correggio	1	11	15	1	1					8	37
	Guastalla		7	1								8
	Reggio Emilia		4	3				1			2	10
	Scandiano		6		1						2	9
	Val d'Enza		3	2	1			1	2	1	9	19
Tot. Reggio Emilia		1	34	22	4	2		2	2	1	21	89
	Carpi		7	1							2	10
	Castelfranco Emilia		1	2	1	2					2	8
	Mirandola		13	4	1	2	2				1	23
	Modena		7	1				1			1	8
	Pavullo									4	4	13
	Sassuolo		2	3		4					4	3
	Vignola				1		1		1			65
Tot. Modena			30	11	3	8	3	1	1	4	14	75
	Bologna		3	1	5	1						10
	Casalecchio di Reno		15	6	2	1					6	30
	Imola	3	3	5			3				2	16
	Pianura Est		11	9	1		1				5	27
	Pianura Ovest		9	1	3							13
	Porretta Terme		10	5	6	4		1			3	29
	S. Lazzaro di Savena		6	1								7
Tot. Bologna		3	57	28	17	6	4	1			16	132
	Centro Nord	1	9									10
	Ovest Centro			3	1							4
	Sud Est		3	1	1						1	6
Tot. Ferrara		1	12	4	2						1	20
	Faenza			1	3	1	3				15	23
	Lugo			1	1	4	1		2	1	3	13
	Ravenna		31	2	7	5	2		1	1	8	57
Tot. Ravenna			31	4	11	10	6		3	2	26	93
	Cesena Valle Savio		9								6	15
	Forlì		5	9	2		2		2	1	10	31
	Rubicone Costa		8								5	13
Tot. Forlì-Cesena			22	9	2		2		2	1	21	59
	Riccione		15	6	1						10	32
	Rimini		18								2	20
Tot. Rimini			33	6	1						12	52
Totale Emilia-Romagna	8	294	107	49	33	22	5	13	10	135	676	
% riga	1,2	43,5	15,8	7,2	4,9	3,3	0,7	1,9	1,5	20,0	100,0	

Tavola 2 - % con cui i singoli target sono indicati – da soli o congiuntamente ad altri – nei Piani di zona triennali 2009-2011. Dati a livello provinciale



...a livello distrettuale

Anche in questo caso, non si riscontra assoluta omogeneità fra i distretti delle diverse province.

Infatti, per quelli di Rimini si rileva come 33 tabelle su 52 (cioè oltre il 63%) facciano riferimento ad un singolo target, così come 12 su 20 (60%) di quelle compilate nei Piani di zona

dei distretti del territorio ferrarese. Al contrario, per i distretti della provincia di Ravenna, soltanto un terzo delle tabelle afferisce ad un singolo target e più di un quarto contemporaneamente a tutti i nove target previsti (per la disamina, a livello provinciale, del peso percentuale delle "tabelle 1" compilate con riferimento a tutti i nove target, si rimanda alla sottostante figura 3). Situazione piuttosto simile si ravvisa, poi, per i distretti di Forlì e Cesena. Va da sé che anche quanto emerge a livello provinciale sia la risultante di tendenze e di scelte, anche differenziate, a livello di singoli distretti; ad esempio, nel ravennate si distingue il distretto di Faenza, che vede circa due terzi delle tabelle compilate indicando tutti i nove target previsti e nessuna tabella che ne preveda soltanto uno. Per maggiori dettagli, si rimanda alla tavola 3, che presenta, appunto, i dati riferiti a ciascun distretto.

2. Le "combinazioni" di target: un indicatore di integrazione?

Diviene a questo punto interessante esaminare quali siano le combinazioni di target più frequenti, ossia quali siano i tipi di utenza e di soggetti che maggiormente vengono indicati assieme nelle 676 "tabelle 1" degli obiettivi strategici utilizzate nei Piani di zona triennali dei distretti emiliano-romagnoli.

Come si era già messo in evidenza precedentemente, la "combinazione" più diffusa, riguardante ben 135 "tabelle 1" (ossia il 20% delle 676 analizzate), è quella che vede evidenziati simultaneamente tutti i nove target previsti (cfr. tavola 4 e fig. 4).

Seguono – e anche questa costituisce una evidenza già attesa sulla base di quanto descritto sopra con la tavola 3 – singoli target, ed in particolare anziani, disabili, immigrati ed esclusione sociale, con tabelle ad essi esclusivamente dedicate che rappresentano fra il 10% e il 5% del totale.

Dopo questi singoli tipi di utenza, il secondo multi-target più indicato (24 tabelle) è quello che, in maniera non inaspettata, accomuna le Responsabilità familiari con l'Infanzia e l'adolescenza. Si tratta, ad esempio, di quegli obiettivi che partono da bisogni quali le problematiche connesse alla tutela dei minori per l'esistenza di diverse forme di maltrattamento e abuso, le problematiche legate ai fenomeni migratori (ricongiungimenti familiari, adolescenti migranti, ecc.); allontanamento dal nucleo familiare di origine di bambini piccoli, ecc. Segue, con 20 "tabelle 1", il multi-target che vede indicati assieme gli anziani e le persone disabili, probabilmente a causa del fatto che in molti Piani di zona i bisogni e gli obiettivi strategici afferenti alla popolazione anziana fanno riferimento in specifico agli anziani non auto-sufficienti, spesso accomunati, appunto, alle persone con disabilità. È questo, ad esempio, il caso di obiettivi strategici che si riferiscono al bisogno - sempre crescente - di trasporti speciali, appunto, per anziani o disabili, o alla semplificazione dell'accesso ai servizi per persone con difficoltà, ecc.

Raccoglie poi dieci "tabelle 1" il target che accomuna giovani e dipendenze, dal momento che nei Piani di zona triennali si fa spesso riferimento alla prevenzione e alla lotta alle dipendenze da alcol, droga, fumo, guardando in particolare alla popolazione giovanile (cfr. tavola 4).

Figura 3 – Percentuale di "tabelle 1" che indicano tutti i nove target contemporaneamente nei Piani di zona triennali 2009-2011. Dati provinciali in ordine decrescente

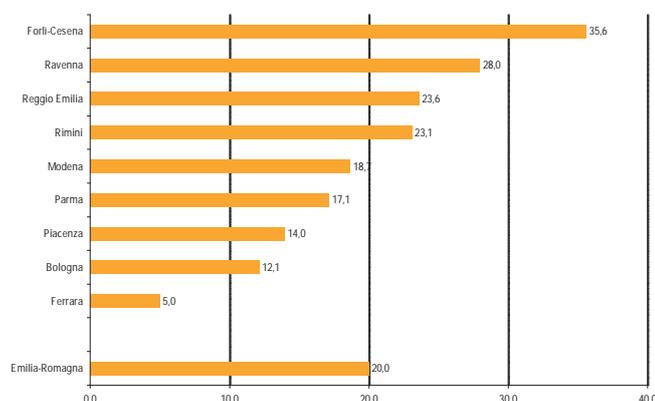


Tavola 4 - Prime 15 combinazioni di target indicate nelle "tabelle 1", distinti per provincia (in ordine decrescente a livello regionale)

Combinazioni target	Pc	Pr	Re	Mo	Bo	Fe	Ra	FC	Rn	Emilia-Romagna	
										v.a.	%a
Tutti 9 target indicati	12	12	21	14	16	1	26	21	12	135	20,0
Anziani	10	9	11	7	11	1	7	4	4	64	9,5
Disabili	10	5	6	4	10	1	4	3	6	49	7,2
Immigrati	5	4	8	5	6	2	7	3	2	42	6,2
Povert� ed esclusione	3	3	2	3	15	2	1	1	3	33	4,9
Giovani	3	3	1	2	9	1	4	2	2	27	4,0
Salute mentale	-	8	1	1	2	2	2	3	7	26	3,8
Responsabilit� familiari + Infanzia/adolescenza	7	3	4	1	5	1	-	-	3	24	3,6
Anziani + Disabili	-	-	4	2	4	2	2	6	-	20	3,0
Responsabilit� familiari	2	-	3	3	2	1	5	2	2	20	3,0
Dipendenze	4	4	1	1	-	1	-	2	4	17	2,5
Infanzia/adolescenza	1	1	1	4	2	1	1	2	3	16	2,4
Giovani + dipendenze	-	1	4	3	1	-	-	1	-	10	1,5
Resp.familiari + Infanzia/adolesc. + Giovani + Immigr.	3	-	-	1	2	-	2	-	-	8	1,2

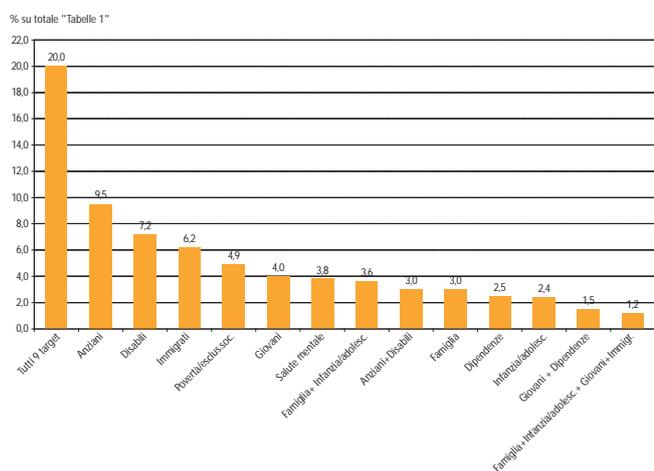
parte II

Note:

Evidenziate a fondo grigio i multi-target (almeno 2 diversi target indicati).

a: Valori percentuali calcolate sul totale delle 676 "tabelle 1" prese in esame nell'analisi.

Figura 4 - Incidenza % dei diversi target e relative combinazioni sul totale delle "tabelle 1" dei Piani di zona triennali 2009-2001. Dati regionali in ordine decrescente



Rispetto a questo quadro medio regionale, la tavola 2 permette di evidenziare scostamenti nelle scelte adottate da parte dei vari distretti delle singole province; si nota cos , ad esempio, che i distretti della provincia di Ferrara, Bologna, Piacenza e Parma sono assai meno di frequente ricorsi a "tabelle 1" riferite contemporaneamente a tutti i nove target previsti (con percentuali, rispettivamente, del 5%, 12%, 14%

e 17% del totale delle "tabelle 1" inserite nei Piani di zona triennali dei propri distretti, a fronte di una media regionale del 20% e picchi, registrati per i territori di Forl , Cesena e Ravenna vicini o superiori al 30%). Le altre due combinazioni di target maggiormente ricorrenti nelle "tabelle 1" – ossia quella che unisce l'infanzia/adolescenza alle responsabilit  familiari e quella che considera assieme anziani e disabili – risultano pi  di frequente utilizzate nei Piani di zona triennali della provincia di Forl -Cesena (questi due multi-target compaiono complessivamente in oltre il 10% delle "tabelle 1" dei Piani di zona dei tre distretti di questa provincia²²), Reggio Emilia (9%), Piacenza (8%) e Bologna (quasi il 7% delle rispettive "tabelle 1").

3. Le finalit  (di informazione, prevenzione, cura) degli interventi previsti

Anche con riferimento a questa dimensione, come per i target, nella redazione delle "tabelle 1" del Piano di zona triennale   prevista la possibilit  di selezionare contemporaneamente pi  di una delle tre categorie previste dallo schema regionale. L'analisi   stata tesa a quantificare le frequenze con cui sono state segnalate contemporaneamente pi  macro-finalit  e sullo studio delle possibili combinazioni che sono state selezionate in sede di compilazione.

Se con la tavola 5 si mira a presentare il dettaglio, in valori assoluti, delle scelte adottate a livello distrettuale, con la tavola 6 si offre – a fini analitici – uno schema sintetico che pone il focus sui soli aggregati territoriali provinciali e su quello complessivo regionale presentando la frequenza percentuale con cui ognuna delle tre macro-finalit    stata indicata rispetto al totale delle "tabelle 1" presenti nei Piani di zona dei distretti di appartenenza di ciascuna provincia²³.

²² A fini analitici, si deve precisare che in realt  questa percentuale   raggiunta con riferimento al solo multi-target che unisce anziani e disabili, dal momento che l'altro non viene indicato in nessuna "tabella

²³ " dei Piani di zona triennali dei tre distretti di Forl -Cesena.

Naturalmente, poich  – come gi  spiegato – ogni tabella poteva indicare anche pi  di una finalit , la somma dei valori percentuali presentati in tavola 1 pu  essere superiore a 100%.

...a livello regionale...

Prendendo innanzitutto in considerazione la riga riferita al totale regionale, si può osservare che le tre finalità sono state selezionate nelle "tabelle 1" dei Piani di zona triennali pressoché nella medesima misura; infatti, se la Prevenzione è stata indicata nel 55,9% delle "tabelle 1" (ossia in 378 tabelle sulle

di meno), a sua volta di poco distanziata dalla finalità di Cura e Assistenza, che è presente comunque in più della metà delle "tabelle 1" e, più precisamente, nel 50,7% dei casi (343 su 676).

Il fatto poi che la somma di questi tre valori percentuali sia decisamente superiore al 100% anticipa quanto verrà dimostrato con alcune delle analisi che seguiranno, ossia il fatto che, tendenzialmente, la maggior parte delle "tabelle 1" presenti nei Piani di zona 2009-2011 fa riferimento contemporaneamente a più macro-finalità (questo aspetto verrà trattato più in dettaglio fra breve).

676 complessivamente presenti nei 38 Piani di zona triennali esaminati), l'Informazione e la Sensibilizzazione seguono assai ravvicinate, con il 54,7% (370 "tabelle 1", appena dieci

Tavola 5 – Tipo di finalità indicate – da sole o insieme alle altre - nelle "tabelle 1" dei Piani di zona 2009-2011 per distretto e provincia

Provincia	Distretto/Zona sociale	Informazione, promozione	Prevenzione	Cura, assistenza	Totale
	Levante	10	14	10	28
	Piacenza	9	18	13	41
	Ponente	8	8	11	17
Totale Piacenza		27	40	34	86
	Fidenza	6	6	6	6
	Parma	15	14	15	19
	Sud Est	15	18	18	27
	Valli Taro e Ceno	11	12	15	18
Totale Parma		47	50	54	70
	Castelnovo	6	6	5	6
	Correggio	8	11	16	37
	Guastalla	8	8	8	8
	Reggio Emilia	8	8	7	10
	Scandiano	8	6	4	9
	Val d'Enza	7	7	14	19
Totale Reggio Emilia		45	46	54	89
	Carpi	7	6	6	10
	Castelfranco Emilia	7	8	7	8
	Mirandola	13	11	14	23
	Modena	10	10	10	10
	Pavullo	5	7	5	8
	Sassuolo	7	9	8	13
	Vignola	2	2	2	3
Totale Modena		51	53	52	75
	Bologna	10	7	8	10
	Casalecchio di Reno	9	11	2	30
	Imola	15	14	4	16
	Pianura Est	20	11	10	27
	Pianura Ovest	11	7	5	13
	Porretta	19	24	9	29
	San Lazzaro di Savena				7
Totale Bologna		84	74	38	132
	Centro Nord	8	8	9	10
	Ovest Centro	4	4	4	4
	Sud Est	6	5	5	6
Totale Ferrara		18	17	18	20
	Faenza	21	19	17	23
	Lugo	11	9	6	13
	Ravenna	42	32	29	57
Totale Ravenna		74	60	52	93
	Cesena Valle Savio				15
	Forlì	10	14	16	31
	Rubicone Costa				13
Totale Forlì-Cesena		10	14	16	59
	Riccione	11	16	16	32
	Rimini	3	8	9	20
Totale Rimini		14	24	25	52
Totale Emilia-Romagna	370	378	343	676	
% riga	54,7	55,9	50,7		

...a livello provinciale...

Tornando per il momento alle frequenze percentuali presentate in tavola 6, occorre evidenziare le considerevoli differenze che si registrano fra i nove territori provinciali.

- La prima finalità, l'informazione/sensibilizzazione, risulta indicata dalla quasi totalità delle "tabelle 1" inserite nei Piani di zona dei distretti ferraresi (90%) ed anche, seppur in misura assai meno marcata, di quelli ravennati (quasi 80%), mentre, all'opposto, è stata prevista da meno di un terzo delle "tabelle 1" dei Piani di zona afferenti al territorio della provincia di Rimini (26,9%) e, soprattutto, di Forlì-Cesena (16,9%).
- La seconda finalità, relativa alla prevenzione (quella che in media, a livello regionale, è stata più frequentemente indicata), varia fra l'85% dei distretti di Ferrara²⁴ e il 23,7% di Forlì-Cesena²⁵.
- La terza finalità, relativa alla cura e all'assistenza, si è visto essere quella meno indicata nei Piani di zona triennali dei 38 distretti emiliano-romagnoli (50,7%). Va comunque aggiunto che essa varia fra il 77% delle "tabelle 1" dei distretti della provincia di Parma e, pur con le differenze da distretto a distretto osservabili nella tavola 1, il 27-29% delle provincia di Forlì-Cesena e di Bologna.

Tavola 6 – Tipo di finalità indicate – da sole o insieme alle altre - nelle "tabelle 1" del Piani di zona 2009-2011 per provincia

	Informazione, promozione	Prevenzione	Cura, assistenza	N
Piacenza	31,4	48,8	39,5	86
Parma	67,1	71,4	77,1	70
Reggio Emilia	50,6	51,7	60,7	89
Modena	68,0	70,7	69,3	75
Bologna	63,6	56,1	28,8	132
Ferrara	90,0	85,0	90,0	20
Ravenna	79,6	64,5	55,9	93
Forlì-Cesena	16,9	23,7	27,1	59
Rimini	26,9	46,2	48,1	52
Emilia-Romagna	54,7	55,9	50,7	676

a: La somma dei valori percentuali è superiore a 100% perché per ciascuna tabella potevano essere indicati contemporaneamente più target.

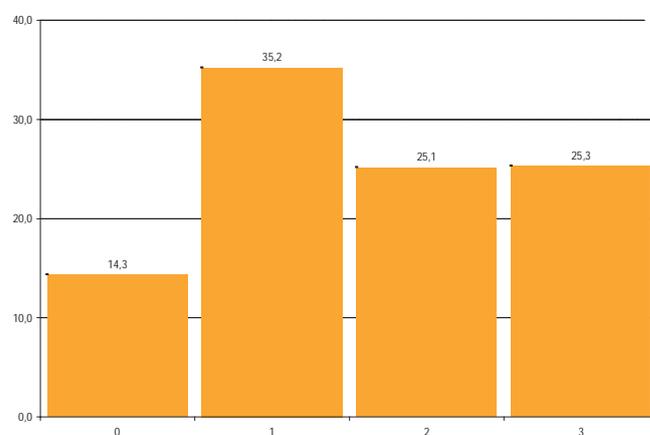
Per una disamina di quali siano i comportamenti e le scelte adottate a livello distrettuale che hanno determinato la situazione appena disegnata a livello provinciale, si rimanda alla sopra presentata tavola 5.

...a livello distrettuale...

Come si è già potuto constatare, la maggior parte delle "tabelle 1" inserite nei Piani di zona 2009-2011 dei distretti dell'Emilia-Romagna fa riferimento contemporaneamente a più finalità.

Più precisamente, solo un terzo circa delle "tabelle 1" (35,2%) presenti nei Piani di zona triennali di tutti i distretti della regione indica una sola finalità, mentre ne indicano almeno due oltre la metà dei casi (50,4%). Più in specifico, 170 "tabelle 1" (ossia il 25% circa delle 676 totali) segnalano in contemporanea due finalità e 171 (25,3%) tutte e tre le finalità previste dallo schema. Completano il quadro le 97 "tabelle 1" che, come già richiamato, non sono state compilate con riferimento alla finalità (cfr. fig. 5).

Figura 5 – N. di finalità indicate nelle "tabelle 1" dei Piani di zona 2009-2011 dei distretti emiliano-romagnoli



Tutte tre le finalità sono state più di frequente selezionate contemporaneamente nei distretti di Ferrara (in 14 casi su 20 e in particolare in tutte le "tabelle 1" del Piano di zona triennale del distretto Ovest Centro), in quelli di Parma (nella metà dei casi: 35 "tabelle 1" sulle 70 complessive, tra cui tutte sei quelle inserite nel Piano di zona 2009-2011 del distretto di Fidenza) ed anche di Modena (44%); si segnala una maggiore frequenza per le province di Reggio Emilia (29% circa) e Ravenna (30% circa).

Per altri territori provinciali, invece, risulta assai limitato il ricorso alla selezione contemporanea di tutte tre le finalità: avviene soltanto in tre casi per i distretti riminesi – corrispondenti a meno del 6% delle "tabelle 1" predisposte dai due distretti della provincia -, in 4 tabelle dei Piani dei distretti di Forlì-Cesena (7% circa), in 7 casi (8%) per i distretti di Piacenza, nel 14,4% delle tabelle dei distretti della provincia di Bologna.

parte II

²⁴ Va segnalato che tutti tre i distretti ferraresi, come evidenzia la tavola 1, hanno indicato nello stesso tempo tutte tre le finalità previste in quasi tutte le "tabelle 1".

²⁵ A proposito dei valori percentuali piuttosto bassi che si registrano con riferimento alla provincia di Forlì-Cesena, deve essere sottolineato che, come evidenzia la tavola 1, sia il distretto di Cesena-Savio che quello di Rubicone-Costa non hanno indicato alcuna delle finalità previste

dallo schema della "tabella 1". Ciò anche perché i territori avevano già impostato il piano prima del recepimento degli strumenti suggeriti dalla Regione. Evidente che questa mancata indicazione da parte di due distretti finisce necessariamente con l'incidere anche sul dato medio regionale, che ne risulta, per ovvie ragioni matematiche, ridimensionato.

Tavola 7 – Numero di finalità indicate nelle “tabelle 1” dei Piani di zona 2009-2011, per distretto e provincia

Provincia	Distretto/Zona sociale	Nessuna finalità indicata	1	2	3 (tutte)	Totale
	LEvante	5	14	7	2	28
	Piacenza	10	22	9		41
	Ponente	3	6	3	5	17
Totale Piacenza		18	42	19	7	86
	Fidenza				6	6
	Parma		4	5	10	19
	Sud Est	1	10	7	9	27
	Valli Taro e Ceno		8		10	18
Totale Parma		1	22	12	35	70
	Castelnovo			1	5	6
	Correggio	4	31	2		37
	Guastalla				8	8
	Reggio Emilia	1	1	2	6	10
	Scandiano	1	1	4	3	9
	Val d'Enza	2	10	3	4	19
Totale Reggio Emilia		8	43	12	26	89
	Carpi	2	2	1	5	10
	Castelfranco Emilia			2	6	8
	Mirandola		13	5	5	23
	Modena				10	10
	Pavullo		1	5	2	8
	Sassuolo	1	4	4	4	13
	Vignola		1	1	1	3
Totale Modena		3	21	18	33	75
	Bologna		1	3	6	10
	Casalecchio di Reno	14	10	6		30
	Imola	1	1	10	4	16
	Pianura Est		13	14		27
	Pianura Ovest	1	5	3	4	13
	Porretta Terme		11	13	5	29
	San Lazzaro di Savena	7				7
Totale Bologna		23	41	49	19	132
	Centro Nord		1	3	6	10
	Ovest Centro				4	4
	Sud Est			2	4	6
Totale Ferrara			1	5	14	20
	Faenza		4	4	15	23
	Lugo		3	7	3	13
	Ravenna	1	21	23	12	57
Totale Ravenna		1	28	34	30	93
	Cesena Valle Savio	15				15
	Forlì	10	6	11	4	31
	Rubicone Costa	13				13
Totale Forlì-Cesena		38	6	11	4	59
	Riccione	3	18	8	3	32
	Rimini	2	16	2		20
Totale Rimini		5	34	10	3	52
Totale Emilia-Romagna	97	238	170	171	676	

4. Le combinazioni di finalità: un passo avanti verso politiche di welfare più mature?

Avvalendosi delle medesime modalità di analisi e di presentazione utilizzate per studiare le ‘combinazioni’ di target indicate nelle “tabelle 1” (presentate nel capitolo precedente) si è proceduto alla disamina di quali siano stati gli accostamenti fra tipi di finalità più di frequente indicati nelle “tabelle 1” dei Piani di zona triennali.

Tavola 8 - Combinazioni di finalità indicate nelle “tabelle 1”, distinte per provincia (in ordine decrescente a livello regionale)

Tipo di finalità indicate	Pc	Pr	Re	Mo	Bo	Fe	Ra	FC	Rn	Totale ER
Indicate tutte tre le finalità previste	7	35	26	33	19	14	30	4	3	171
Cura/Assistenza	19	14	25	13	6	1	12	6	17	113
Informazione/promozione + Prevenzione	11	7	9	12	36	2	24	5	5	111
Informazione-promozione	9	3	9	5	23		15		6	70
Prevenzione	14	5	9	3	12		1		11	55
Prevenzione + Cura/Assistenza	8	3	2	5	7	1	5	5	5	41
Informazione/promozione + Cura/Assistenza	-	2	1	1	6	2	5	1		18
Nessuna finalità indicata	13	1	8	3	23		1	38	5	92
Totale	86	70	89	75	132	20	93	59	52	676

Note:

Evidenziate a fondo grigio i multi-target (almeno 2 diversi target indicati)

Come pone in evidenza la tavola 8 e come è già stato sottolineato in precedenza, la combinazione più di frequente scelta nella compilazione delle “tabelle 1” è quella che fa riferimento simultaneamente a tutte e tre le macro-finalità previste per questo campo, come accade in 171 “tabelle 1” su 676 (25,3%).

Alla scelta di indicare tutte e tre le finalità insieme fa seguito, con una frequenza di 113 “tabelle 1”, l’indicazione della sola macro-finalità di cura e assistenza e, con una frequenza inferiore di due sole unità (111 “tabelle 1”) troviamo l’indicazione contemporanea della finalità di Informazione/Promozione/Sensibilizzazione unita a quelle di Prevenzione. Assai distanziate, con una presenza, rispettivamente, in 70 e in 55 “tabelle 1”, si evidenziano poi le finalità – indicate da sole – dell’Informazione/Promozione/Sensibilizzazione e della Prevenzione, seguite poi da una ulteriore combinazione di finalità segnalate in “tabella 1” insieme: la Prevenzione insieme alla Cura e all’Assistenza (combinazione presente a livello regionale in 41 “tabelle 1”) e l’Informazione/Promozione/Sensibilizzazione insieme alla Cura/Assistenza, presente in 18 “tabelle 1” (cfr. tavola 8).

Volendo sintetizzare a livello regionale quanto sin qui evidenziato, si può rilevare che – come già osservato con la tavola 8 (riga di totale) – le tre finalità, complessivamente, si presentano nelle “tabelle 1” con un certo equilibrio, con una leggera prevalenza della Prevenzione (che compare in 380 “tabelle 1”) e dell’Informazione/sensibilizzazione (370 “tabelle 1”) rispetto alla cura/assistenza, che risulta indicata in soltanto 343 “tabelle 1” (cfr. tavola 9).

Si può notare poi che è proprio quest’ultima finalità quella

che più frequentemente è indicata da sola, comparando come tale in ben 113 “tabelle 1”, a fronte delle 70 in cui compare la sola finalità Informazione/Promozione/Sensibilizzazione e le 55 in cui compare la sola Prevenzione (cfr. tavola 5). Queste due finalità, infatti, assai più assiduamente compaiono appaiate, come visto con la precedente tavola 8.

Tavola 9 – N. di volte in cui ogni finalità è indicata – da sola o assieme ad almeno un’altra – nelle “tabelle 1” dei Piani di zona 2009-2011 dei distretti emiliano-romagnoli

	Da sola	Insieme ad almeno un’altra finalità	Totale
Informazione/Sensibilizzazione	70	300	370
Prevenzione	55	323	378
Cura/Assistenza	113	230	343

Il rapporto fra finalità e target

Diviene a questo punto rilevante procedere allo studio della relazione fra i tipi di target e il tipo di finalità indicate nelle “tabelle 1” dei Piani di zona del triennio 2009-2011.

Si è già spiegato che in ciascuna tabella poteva essere indicato anche più di un target contemporaneamente, così come anche più tipi di finalità fra le tre previste, per cui, ai fini dell’analisi in questa sede presentata, ci si limita a considerare i singoli target e le singole finalità così come indicati nelle “tabelle 1”, indipendentemente dal fatto che siano stati selezionati da soli o insieme ad altri. In altre parole, i risultati dell’analisi che si presentano in tavola 3 devono essere letti

come risposta al seguente quesito: nelle "tabelle 1" in cui – da solo o con altri – è stato indicato il target x, a quale tipo di finalità si trovava associato?

La risposta, a livello regionale, si trova nelle percentuali di riga di tavola 6, da cui emerge una certa differenziazione del tipo di finalità a seconda del target.

Tavola 10 - % con cui, per ciascun target indicato (da solo o con altri), è stato indicata (da sola o con altri) ogni singola finalità. % di riga

	Informazione/ Sensibilizzazione	Prevenzione	Cura e assistenza	N
Responsabilità familiari	52,9	58,4	45,1	257
Infanzia e adolescenza	51,8	58,8	44,0	257
Giovani	56,6	60,7	40,4	272
Anziani	44,3	47,2	50,2	271
Disabili	48,9	49,6	52,9	274
Immigrati stranieri	56,5	52,9	44,2	276
Povertà e esclus. soc.	52,1	51,2	46,7	242
Salute mentale	49,1	50,4	53,4	234
Dipendenze	52,2	54,3	49,1	230
Totale	54,7	56,2	50,7	676

Note:

Per ciascun target, si indica, rispetto al totale di "tabelle 1" in cui è stato indicato (da solo o con altri), con che frequenza percentuale è stato associato ad una finalità (indicata in "tabella 1" da sola o con altre). Il dato percentuale deve essere letto come "Percentuale di volte in cui al target x è stata associata la finalità y sul totale di volte in cui è stato indicato il target x". La numerosità indicata su ciascuna riga indica il numero di "tabelle 1" in cui quel target è stato indicato.

Ai fini di una più immediata lettura, i valori percentuali marcatamente più alti della media di colonna sono evidenziati in grassetto corsivo.

Si può così notare che finalità di Prevenzione sono assai più di frequente associate ai seguenti target: Famiglie, Infanzia e adolescenza e, soprattutto, Giovani. Rispetto ad una media complessiva che vede – come già osservato in precedenza – l'indicazione di questo tipo di finalità nel 56% dei casi, per quelle "tabelle 1" che afferiscono ai target di utenza poc' anzi ricordati la percentuale in cui questo tipo di finalità compare – da sola o con altre – nel 60% dei casi.

All'opposto, per quelle "tabelle 1" che fanno riferimento agli Anziani la percentuale relativa alla Prevenzione risulta del 47% circa (cfr. tavola 10).

Per gli Anziani, ma anche – in maniera ancor più marcata – per i Disabili e la Salute mentale, risulta più consistente l'indicazione di finalità di Cura e Assistenza.

Infine, le finalità di Informazione, Promozione e Sensibilizzazione sono più di frequente rintracciabili in quelle "tabelle 1" che afferiscono al target dei Giovani o a quello degli Immigrati stranieri, con percentuali superiori alla media complessiva del 54,7%. Rispetto a questo valore medio totale, si registrano percentuali inferiori con riferimento al target dei Disabili (49% circa), della Salute mentale (49%) e, soprattutto, degli Anziani (44,3%), ossia quei target maggiormente connessi, si è sottolineato sopra, a finalità di cura e assistenza (cfr. tavola 6).

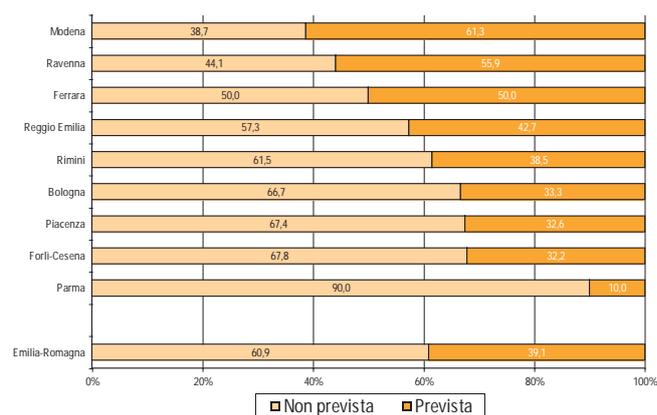
5. L'integrazione gestionale/professionale

Rimandando alla tavola 11 per il dettaglio distrettuale, si può concentrare l'attenzione in primo luogo sulle evidenze della figura 6 che riporta, per ciascun territorio provinciale e a livello regionale, la percentuale di "tabelle 1" inserite nei Piani di zona triennali 2009-2011 che prevedono l'integrazione gestionale e/o professionale.

A livello regionale, si nota come siano circa 4 su 10 (il 39,1%) le "tabelle 1" indicanti forme di integrazione gestionale e/o professionale; ciò significa, di converso, che la maggioranza (60,9%) delle 676 "tabelle 1" non ha visto selezionato questo campo. Ciò non è comunque sempre vero con riferimento a tutti i distretti dei diversi territori provinciali; infatti, come evidenzia la figura 6, si rileva la specificità dei distretti di Parma, in cui solamente il 10% delle "tabelle 1" ha indicato forme di integrazione gestionale e professionale; in particolare, dalla "tabella 1" sotto riportata, si osserva come due dei quattro distretti della provincia (Fidenza e Taro Ceno) non abbiano in alcuna tabella indicato forme di integrazione di questo tipo.

Situazione più sfumata – ma comunque con circa un terzo soltanto delle "tabelle 1" indicanti integrazione gestionale e/o professionale - si evidenzia per le province di Piacenza, Forlì-Cesena (come risultante di tendenze contrapposte a livello distrettuale: i distretti di Cesena-Savio e Rubicone Costa non hanno indicato nei rispettivi Piani di zona 2009-2011 integrazione di questo tipo, mentre quello di Forlì l'ha prevista in quasi due tabelle su tre) e Bologna (in quest'ultimo caso, il dato medio provinciale è certamente ridimensionato dalla scelta dei distretti di San Lazzaro di Savena e di Pianura Ovest, che non hanno mai indicato questo tipo di integrazione).

Figura 6 - % "tabelle 1" inserite nei Piani di zona 2009-2001 che prevedono integrazione gestionale/ professionale per provincia



Seguono, con percentuali di "tabelle 1" indicanti integrazione gestionale e professionale vicine al 40%, i distretti delle province di Reggio Emilia (tra i quali è interessante sottolineare la specificità di Guastalla, il cui Piano di zona 2009-2011 prevede l'integrazione in questa sede esaminata in tutte le otto "tabelle 1" inserite) e di Rimini. Anche in quest'ultimo caso occorre esaminare la disaggregazione per distretti, così da evidenziare, con l'aiuto della tavola 11, che il Piano di zona triennale 2009-2011 del distretto di Rimini non ha mai indi-

cato questo tipo di integrazione, mentre l'hanno prevista oltre il 62% delle "tabelle 1" presenti nel Piano di zona 2009-2011 del distretto di Riccione.

I distretti di Ferrara, nel loro complesso, mostrano un equilibrio rispetto alla dimensione qui analizzata, con la metà delle "tabelle 1" indicanti forme di integrazione gestionale e professionale e l'altra metà che, all'opposto, non la prevede. Anche in questo caso, il dettaglio offerto dalla tavola 11 consente di rilevare come questo equilibrio sia la risultante di situazioni contrapposte fra i distretti ferraresi, con quelli di Sud Est e Ovest Centro che hanno indicato in tutte le "tabelle 1" l'integrazione e quello di Centro Nord che, invece, non l'ha mai prevista.

Infine, i distretti di Modena e Ravenna, mediamente, a livello provinciale, mostrano una prevalenza di "tabelle 1" indicanti l'integrazione in questa sede presa in esame. Nel caso di Ravenna, si nota in specifico un certo equilibrio fra i distretti per quanto concerne la modalità di compilazione di questo specifico campo della "tabella 1" relativo all'integrazione, mentre per Modena si evincono considerevoli differenze territoriali con, agli estremi opposti del continuum, alcuni distretti (Castelfranco Emilia, Modena città e Sassuolo) che hanno indicato in tutte le "tabelle 1" inserite nel Piano di zona triennale 2009-2011 l'integrazione gestionale e/o professionale ed un altro (Vignola) che, all'opposto, non l'ha mai prevista.

Tavola 11 – Integrazione gestionale e professionale indicata o meno nelle tabelle del Piano di zona 2009-2011 per distretto e provincia

Provincia	Distretto/Zona sociale	Non prevista	Prevista	Totale
	Levante	17	11	28
	Piacenza	29	12	41
	Ponente	12	5	17
Totale Piacenza		58	28	86
	Fidenza	6		6
	Parma	13	6	19
	Sud Est	26	1	27
	Valli Taro e Ceno	18		18
Totale Parma		63	7	70
	Castelnovo ne' Monti	2	4	6
	Correggio	31	6	37
	Guastalla		8	8
	Reggio Emilia	2	8	10
	Scandiano	8	1	9
	Val d'Enza	8	11	19
Totale Reggio Emilia		51	38	89
	Carpi	8	2	10
	Castelfranco Emilia		8	8
	Mirandola	17	6	23
	Modena		10	10
	Pavullo	1	7	8
	Sassuolo		13	13
	Vignola	3		3
Totale Modena		29	46	75
	Bologna	3	7	10
	Casalecchio di Reno	23	7	30
	Imola	7	9	16
	Pianura Est	24	3	27
	Pianura Ovest	13		13
	Porretta Terme	11	18	29
	San Lazzaro di Savena	7		7
Totale Bologna		88	44	132
	Centro Nord	10		10
	Ovest Centro		4	4
	Sud Est		6	6
Totale Ferrara		10	10	20
	Faenza	2	21	23
	Lugo	6	7	13
	Ravenna	33	24	57
Totale Ravenna		41	52	93
	Cesena Savio	15		15
	Forlì	12	19	31
	Rubicone Costa	13		13
Totale Forlì-Cesena		40	19	59
	Riccione	12	20	32
	Rimini	20		20
Totale Rimini		32	20	52
Totale Emilia-Romagna	412	264	676	
% riga	60,9	39,1	100,0	

È interessante poi verificare se e in che misura l'integrazione gestionale e professionale sia legata, nelle "tabelle 1" inserite nei Piani di zona triennali, ai target a cui queste stesse tabelle fanno riferimento (ricordando che in ciascuna tabella può essere indicato più di un target contemporaneamente). Forse proprio a causa del fatto che le "tabelle 1" – pur indicando in una unica soluzione, nell'apposito campo, se è prevista o meno l'integrazione gestionale e/o professionale – possono afferire (e spesso, si è visto, lo fanno) a più target simultaneamente, dalle percentuali di riga presentate in tavola 12 non si colgono particolari differenze fra un target e l'altro in termini di maggiore o minore integrazione gestionale e/o professionale. Si può comunque cogliere una lievemente maggiore tendenza all'integrazione gestionale e/o professionale laddove si faccia riferimento al target (da solo o assieme ad altri) dei disabili. In questo caso, sono il 45,6% le "tabelle 1" che indicano l'integrazione; seguito, poi, dai target delle responsabilità familiari e dell'infanzia/adolescenza, con percentuali di "tabelle 1" indicanti integrazione di poco inferiori al 45%. Valori inferiori si riscontrano invece per quelle "tabelle 1" che afferiscono ai target dei giovani, degli anziani, della povertà/esclusione sociale e degli immigrati. (cfr. tavola. 12).

Tavola 12 – Indicazione in "tabella 1" dell'integrazione gestionale per ciascun target indicato (da solo o con altri)

	Integrazione gestionale/professionale	Totale	N	
	Non indicata	Indicata		
Responsabilità familiari	55,3	44,7	100,0	257
Infanzia e adolescenza	55,3	44,7	100,0	257
Giovani	58,8	41,2	100,0	272
Anziani	58,3	41,7	100,0	271
Disabili	54,4	45,6	100,0	274
Immigrati stranieri	58,0	42,0	100,0	276
Povertà e esclusione sociale	58,3	41,7	100,0	242
Salute mentale	56,0	44,0	100,0	234
Dipendenze	55,7	44,3	100,0	230

Note:

I valori percentuali presentati in questa tabella possono essere diversi da quelli presentati nella "tabella 1" perché, si ricorda, in ciascuna tabella può essere indicato più di un target.

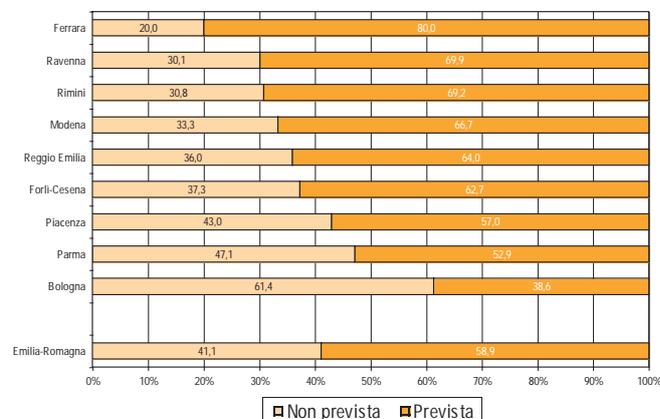
6. L'integrazione con le altre politiche

Prima di entrare nel dettaglio di quali siano le politiche con cui maggiormente è stata indicata una qualche forma di integrazione nei Piani di zona triennali, è interessante osservare, anche con l'aiuto della tavola 13 e della figura 7, con che frequenza questa forma di integrazione sia stata prevista dalle "tabelle 1" dei Piani di zona 2009-2011.

In generale, a livello regionale, ossia considerando tutte le 676 "tabelle 1" inserite nei Piani di zona triennali dei distretti emiliano-romagnoli, l'integrazione con almeno un'altra politica²⁶ è indicata nel 59% dei casi (si ricorda il dato relativo all'integrazione gestio-

nale e/o professionale analizzato nel paragrafo precedente, pari – sempre a livello regionale - al 39%, dunque decisamente più contenuto).

Figura 7 – Indicazione nelle "tabelle 1" dei Piani di zona 2009-2011 dell'integrazione con almeno un'altra politica. Dati provinciali e regionale



Anche in questo caso, semplicemente scendendo ad un livello di analisi provinciale, è possibile osservare considerevoli differenze:

- i Piani di zona triennali dei distretti bolognesi indicano l'integrazione con altre politiche solamente nel 38% delle "tabelle 1" (51 su 132); con la tavola 14 è poi possibile notare, ad esempio, come nel distretto di Pianura Ovest 12 tabelle su 13 facciano riferimento all'integrazione con altre politiche, mentre in altri distretti di Bologna questa forma di integrazione è assai meno frequente (cfr. tavola 14);
- la seconda provincia che mostra i valori percentuali meno elevati, quella di Parma, presenta comunque percentuali più elevate di nove punti, attestandosi al 47% circa;
- i distretti della provincia di Piacenza – pur con le differenze inter-distrettuali di cui si dà conto con la tavola 14 – mostrano una maggioranza assoluta (57%) di "tabelle 1" dei Piani di zona che indicano integrazione con altre politiche;
- Forlì-Cesena e Reggio Emilia si attestano attorno al 63-64% di "tabelle 1" indicanti l'integrazione con altre politiche, con la specificità dei distretti reggiani di Guastalla e Scandiano i cui Piani triennali vedono la totalità delle "tabelle 1" indicare questa forma di integrazione;
- si arriva poi al 66,7% delle "tabelle 1" inserite nei Piani dei distretti modenesi, anche in questo caso con notevole varianza inter-distrettuale, dal momento che i distretti di Carpi, Pavullo e Vignola indicano in tutte le tabelle inserite nei rispettivi Piani triennali questa modalità d'integrazione; all'opposto, quelli di Castelfranco Emilia e Modena città non la prevedono mai, mentre i restanti due distretti di Mirandola e Sassuolo si collocano in posizione intermedia rispetto a questi due poli estremi;
- ci si avvicina al 70% di "tabelle 1" indicanti l'integrazione con le altre politiche per i distretti delle province di Rimini (69,2%) e di Ravenna (69,9%);
- infine, per la provincia di Ferrara l'80% delle "tabelle 1" inserite nei Piani di zona dei tre distretti indicano questa forma d'integrazione (nel caso dei distretti di Ovest Centro e di Sud Est essa è prevista da tutte le "tabelle 1" inserite nei Piani di zona 2009-2011), mentre si scende al 60% per quelle del Piano di zona del distretto di Centro Nord.

²⁶ Con le analisi che seguiranno si guarderà anche al numero di "altre

politiche" con cui sono previste forme di integrazione.

Tavola 13 – Indicazione nelle “tabelle 1” dei Piani di zona 2009-2011 dell’integrazione con almeno un’altra politica. Dati per distretto e provincia

Provincia	Distretto Zona sociale	Non prevista alcuna integrazione con altre politiche	Prevista l’integrazione con almeno un’altra politica	Totale
	Levante	6	22	28
	Piacenza	24	17	41
	Ponente	7	10	17
Totale Piacenza		37	49	86
	Fidenza	2	4	6
	Parma	9	10	19
	Sud Est	15	12	27
	Valli Taro e Ceno	7	11	18
Totale Parma		33	37	70
	Castelnovo	2	4	6
	Correggio	24	13	37
	Guastalla		8	8
	Reggio Emilia	1	9	10
	Scandiano		9	9
	Val d’Enza	5	14	19
Totale Reggio Emilia		32	57	89
	Carpi		10	10
	Castelfranco Emilia	8		8
	Mirandola	5	18	23
	Modena	10		10
	Pavullo		8	8
	Sassuolo	2	11	13
	Vignola		3	3
Totale Modena		25	50	75
	Bologna	3	7	10
	Casalecchio di Reno	23	7	30
	Imola	6	10	16
	Pianura Est	22	5	27
	Pianura Ovest	1	12	13
	Porretta Terme	21	8	29
	San Lazzaro di Savena	5	2	7
Totale Bologna		81	51	132
	Centro Nord	4	6	10
	Ovest Centro		4	4
	Sud Est		6	6
Totale Ferrara		4	16	20
	Faenza	14	9	23
	Lugo	5	8	13
	Ravenna	9	48	57
Totale Ravenna		28	65	93
	Cesena Valle Savio	1	14	15
	Forlì	17	14	31
	Rubicone Costa	4	9	13
Totale Forlì-Cesena		22	37	59
	Riccione	2	30	32
	Rimini	14	6	20
Totale Rimini		16	36	52
Totale Emilia-Romagna	278	398	676	

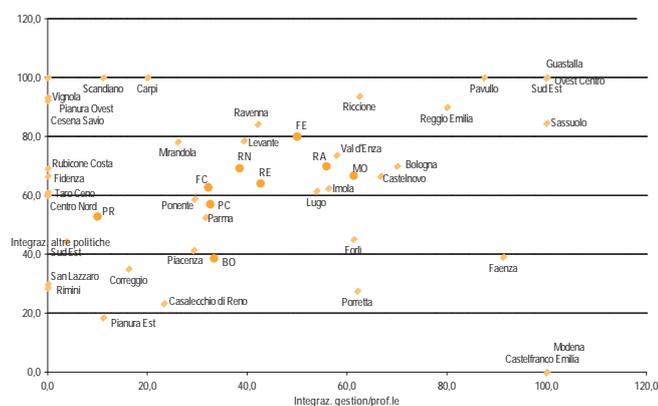
Integrazione gestionale/professionale e integrazione con altre politiche: una relazione significativa?

Confrontando i dati provinciali appena analizzati con quelli relativi all'integrazione gestionale e professionale più sopra illustrati, sembrerebbe di poter evidenziare una certa relazione positiva fra le due distribuzioni, ossia sembra di osservare come siano i territori provinciali che presentavano le percentuali

più elevate di "tabelle 1" indicanti il primo tipo di integrazione (gestionale e professionale) quelli che mostrano le percentuali più elevate anche con riferimento al secondo tipo di integrazione (quella con le altre politiche), come accade in primis, per le province di Ferrara, Ravenna ed anche Modena. Ciò trova conferma nel calcolo del coefficiente di correlazione che, per le due distribuzioni percentuali a livello provinciale, risulta pari a + 0,61, a denotare – sempre a livello provinciale – una certa coerenza e uniformità fra queste due serie di dati.

Poiché ciò potrebbe essere dovuto alla scarsa numerosità dei casi – le nove province emiliano-romagnole – e poiché questo tipo di relazione non è atteso dal momento che non dovrebbe essere necessariamente ipotizzato alcun legame fra queste due forme di integrazione e poiché queste ultime nell'analisi che si sta qui conducendo rappresentano una mera aggregazione territoriale rispetto alla specificità dei singoli distretti socio-sanitari²⁷, si è deciso di procedere al calcolo del medesimo coefficiente r di correlazione anche con riferimento ai 38 distretti regionali; in questo caso esso risulta decisamente basso (+ 0,05), a denotare la quasi assoluta indipendenza fra le due variabili esaminate, ossia dimostrando che, per il totale dei distretti, non c'è una necessaria relazione e alcun rapporto di dipendenza di una forma di integrazione rispetto all'altra.

Figura 8 – Integrazione gestionale/professionale e integrazione con altre politiche per distretti e province



Ciò è chiaramente mostrato dal diagramma a dispersione presentato in figura 8, in cui la nuvola dei punti rappresentanti ognuno un distretto non pare disporsi lungo la diagonale principale dall'angolo in basso a sinistra a quello in alto a destra (come ci si attende in caso di relazione positiva) e nemmeno seguendo l'andamento opposto, da in alto a sinistra a in basso a destra come in caso di relazione negativa; si nota, piuttosto, una certa dispersione sul piano cartesiano dei punti rappresentanti i casi. Si prenda ad esempio, nell'angolo in basso a destra i distretti di Castelfranco Emilia e di Modena, che mostrano una assoluta integrazione gestionale e professionale (indicata da tutte le "tabelle 1" inserite nei rispettivi Piani di zona triennali), ma contemporaneamente evidenziano che nessuna di quelle stesse "tabelle 1" prevede integrazione con altre politiche (cfr. figura 8). Situazione diametralmente opposta si rileva per i distretti di Cesena-Savio (FC), Pianura Ovest (Bo) e Vignola (Mo), posizionate nella porzione in alto a sinistra del piano cartesiano.

Integrazione... con quali politiche?

Poi, evidentemente, si ravvisano casi in cui effettivamente una maggiore integrazione su una dimensione corrisponde anche ad una maggiore integrazione sull'altra dimensione: è questo il caso dei distretti collocati verso l'angolo in alto a destra: Guastalla (Re), Ovest Centro (Fe), a cui fanno da contrappunto i distretti collocati nell'angolo in basso a sinistra del piano, ossia quei distretti che vedono un assai limitato numero di "tabelle 1" indicanti l'una e l'altra forma di integrazione in questa sede esaminate, come quelli di Pianura Est (Bo), San Lazzaro di Savena (Bo), Rimini (Rn) e Correggio (Re).

A questo punto il focus dell'analisi può essere spostato sul tipo di politiche con cui maggiormente i Piani di zona 2009-2011 prevedono e indicano integrazione. Dalla tavola 15 si riscontra innanzitutto che, complessivamente, a livello regionale, è prevista integrazione principalmente con le politiche afferenti alla formazione e alla scuola, indicate in più di un quinto (20,6%) delle "tabelle 1" dei Piani di zona 2009-2011 dei distretti emiliano-romagnoli, seguita da quella con le politiche abitative (19,2%). L'integrazione con le restanti politiche è prevista dalle "tabelle 1" assai meno di frequente: nel 13% dei casi quella con la mobilità, nell'11,1% quella con la sicurezza e la coesione sociale, fino ad arrivare al 7-7,5% circa per le politiche ambientali e per quelle relative all'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate (cfr. tavola 14).

²⁷ Si è già più volte sottolineato che i dati medi provinciali costituiscono spesso

la risultante di quanto accade e si registra a livello di singoli distretti.

Tavola 14 – Frequenza % con cui – a livello provinciale – è prevista l'integrazione con le altre politiche (indicate da sole o insieme ad altre) nelle "tabelle 1" del Piani di zona 2009-2011

	Ambiente	Abitative	Mobilità	Inserim. lavoro pers. svantagg.	Formaz. e scuola	Sicurezza e coesione soc.	Altro	N
Piacenza	4,7	15,1	9,3	3,5	12,8	7,0	25,6	86
Parma	18,6	20,0	30,0	11,4	11,4	8,6	11,4	70
Reggio Emilia	2,2	20,2	11,2	9,0	21,3	4,5	51,7	89
Modena	8,0	45,3	18,7	5,3	66,7	26,7	98,7	75
Bologna	5,3	12,1	9,1	2,3	24,2	8,3	4,5	132
Ferrara	25,0	45,0	30,0	35,0	35,0	45,0	25,0	20
Ravenna	9,7	22,6	11,8	4,3	22,6	17,2	35,5	93
Forlì-Cesena	5,1	16,9	3,4	15,3	11,9	10,2	42,4	59
Rimini	1,9	23,1	21,2	11,5	17,3	13,5	26,9	52
Emilia-Romagna	7,0	19,2	13,0	7,4	20,6	11,1	29,0	676

Note:

^a: La somma dei valori percentuali è superiore a 100% perché per ciascuna tabella potevano essere indicati contemporaneamente più target.

Per rendere più immediata la lettura della tabella, per ciascuna provincia si è indicata in corsivo la politica con il valore percentuale più elevato.

Tavola 15 – N. “tabelle 1” del Piano di zona 2009-2011 per distretto e provincia in cui è indicata l’integrazione con le altre politiche

Provincia	Distretto	Ambiente	Abitative	Mobilità	Inser. lavoro pers. svantagg.	Formaz. e scuola	Sicurezza e coesione soc.	Altro	Totale
	Levante	0	5	3	1	4	2	11	28
	Piacenza	3	6	5	1	3	2	6	41
	Ponente	1	2		1	4	2	5	17
Tot. Piacenza		4	13	8	3	11	6	22	86
	Fidenza	1	2	3		1	4		6
	Parma	7	4	8		2		5	19
	Sud Est	1	2	2	3	3	1	3	27
	Valli Taro e Ceno	4	6	8	5	2	1		18
Tot. Parma		13	14	21	8	8	6	8	70
	Castelnovo ne' Monti		1	1	1	1	1	2	6
	Correggio	1	1	1		2		10	37
	Guastalla		4	1	3	3	1	7	8
	Reggio Emilia	1	5	1	1	2		8	10
	Scandiano		2	1	2	1	1	8	9
	Val d'Enza		5	5	1	10	1	11	19
Tot. Reggio Emilia		2	18	10	8	19	4	46	89
	Carpi		3		1	5	1	6	10
	Castelfranco Emilia		4	1		9	1	12	8
	Mirandola								23
	Modena	3	6	2	1	3	1	5	8
	Pavullo		4	4		5	5	11	13
	Sassuolo					3	2	3	3
	Vignola	3	17	7	2	25	10	37	65
Tot. Modena		6	34	14	4	50	20	74	75
	Bologna	1	1		1	4	3	1	10
	Casalecchio di Reno	2	3	3	1	4	2		30
	Imola	1	1	5	1	6	1		16
	Pianura Est		2			3		1	27
	Pianura Ovest	1	2	1		10	3	2	13
	Porretta Terme	2	5	3		5	2	2	29
	S. Lazzaro di Savena		2						7
Tot. Bologna		7	16	12	3	32	11	6	132
	Centro Nord		2		2	2	2	2	10
	Ovest Centro		1	1			2	2	4
	Sud Est	5	6	5	5	5	5	1	6
Tot. Ferrara		5	9	6	7	7	9	5	20
	Faenza	1	7	2	2	4	5		23
	Lugo	2	5	2	1	4	2		13
	Ravenna	6	9	7	1	13	9	33	57
Tot. Ravenna		9	21	11	4	21	16	33	93
	Cesena Valle Savio	2	5		5	2		9	15
	Forlì	1	3	2	3	5	2	7	31
	Rubicone Costa		2		1		4	9	13
Tot. Forlì-Cesena		3	10	2	9	7	6	25	59
	Riccione	1	8	8	5	9	7	13	32
	Rimini		4	3	1			1	20
Tot. Rimini		1	12	11	6	9	7	14	52
Totale Emilia-Romagna	47	130	88	50	139	75	196	676	

La tavola 14 permette di cogliere le differenze a livello provinciale, mentre la tavola 16 anche quelle fra un distretto e l'altro. Si può così osservare che le politiche formative e scolastiche non sono quelle indicate più di frequente in tutte le province; anzi, più precisamente, esse sono tali nelle sole province di Reggio Emilia, Modena, Bologna e Ravenna, in quest'ultimo caso indicate in un numero di "tabelle 1" pari a quello afferente alle politiche abitative; considerando questo ex aequo che si registra per il territorio ravennate, proprio le politiche relative alla casa risultano essere quelle che più di frequente sono indicate nelle "tabelle 1" con riferimento all'integrazione in ben cinque province: Piacenza, Ferrara (insieme a quelle per la sicurezza e la coesione sociale), Forlì-Cesena, Rimini e, appunto, Ravenna.

Quanto al numero di politiche con cui le "tabelle 1" inserite nei Piani di zona triennali 2009-2011 prevedono integrazione, non deve sorprendere, dopo quanto osservato con le analisi precedenti, che - a livello regionale - nel 41% dei casi non sia prevista alcuna integrazione (cfr. tavola 16), in più di un caso su quattro (27,9%) sia indicata una sola politica, nel 20% delle "tabelle 1" ne siano indicate due e che tre o più politiche siano segnalate soltanto in un numero assai ristretto di casi (10% circa).

Tavola 16 – N. politiche con cui è prevista integrazione nelle "tabelle 1" dei Piani di zona 2009-2011. Dati a livello provinciale

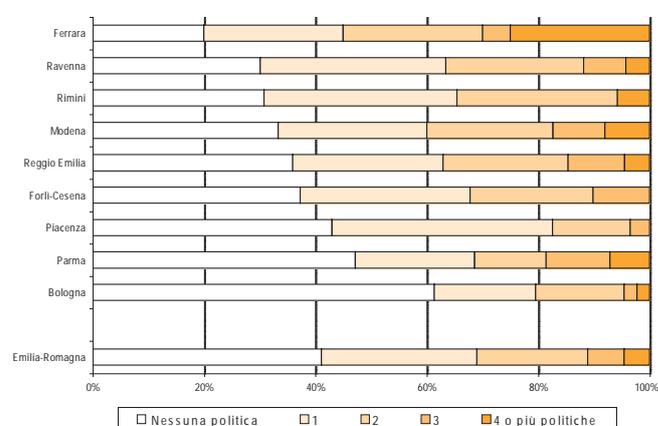
	N. politiche con cui è indicata integrazione							Totale	N
	0	1	2	3	4	5	6		
Piacenza	43,0	39,6	13,9	3,5	0,0	0,0	0,0	100,0	86
Parma	47,1	21,4	12,9	11,4	5,7	1,4	0,0	100,0	70
Reggio Emilia	36,0	27,0	22,5	10,1	4,5	0,0	0,0	100,0	89
Modena	33,3	26,7	22,7	9,3	5,3	2,7	0,0	100,0	75
Bologna	61,4	18,2	15,9	2,3	2,3	0,0	0,0	100,0	132
Ferrara	20,0	25,0	25,0	5,0	0,0	0,0	25,0	100,0	20
Ravenna	30,1	33,3	24,7	7,5	3,2	1,1	0,0	100,0	93
Forlì-Cesena	37,3	30,5	22,0	10,2	0,0	0,0	0,0	100,0	59
Rimini	30,8	34,6	28,8	0,0	5,8	0,0	0,0	100,0	52
Emilia-Romagna	41,1	27,9	19,9	6,5	3,1	0,6	0,8	100,0	676

...a livello distrettuale...

Vi sono poi dei territori provinciali, come già indicato, che si discostano o per il fatto di aver previsto nei propri Piani di zona distrettuali ancor meno di frequente il ricorso a queste forme di integrazione o altri che, al contrario, si caratterizzano per avere fatto riferimento più frequentemente a questa modalità. Appartengono certamente al primo gruppo i distretti - presi nel loro insieme - della provincia di Bologna (61,4% delle "tabelle 1" senza alcuna altra politica indicata in termini di integrazione) ed anche, nel loro complesso, i distretti delle province di Parma e di Piacenza, che in quasi la metà delle "tabelle 1" non hanno indicato alcuna integrazione con le altre politiche e che, nel caso dei distretti piacentini, in nessun caso ne hanno segnalate più di tre contemporaneamente.

All'opposto, devono essere attribuiti al secondo gruppo, denotante un maggior ricorso a queste forme di integrazione, i distretti delle province di Ferrara, che in un quarto delle "tabelle 1" fa riferimento a ben sei politiche contemporaneamente e che soltanto in una tabella su cinque non indica alcuna altra politica, ma anche Modena e Reggio Emilia, che mostrano una percentuale piuttosto contenuta di "tabelle 1" o non indicanti alcuna altra politica o al massimo una sola e che in alcuni casi giungono ad indicarne simultaneamente anche quattro e, nel caso di Modena, cinque (cfr. tavola 16). Più sfumata la fotografia della provincia di Forlì-Cesena: non sono mai indicate più di tre politiche simultaneamente e nel 37% dei casi circa non ne viene indicata neanche una. Quanto appena descritto trova efficace rappresentazione nella figura 9.

Figura 9 - N. politiche con cui è prevista integrazione nelle "tabelle 1" dei Piani di zona 2009-2011. Dati a livello provinciale



parte II

Le "combinazioni" fra politiche

Con riferimento poi alle "combinazioni" di politiche che più di frequente sono indicate simultaneamente nelle "tabelle 1" con riferimento all'integrazione, si deve fare riferimento ad un primo gruppo, quello più diffuso, che ruota attorno alle politiche della mobilità, dell'urbanistica, a cui talvolta si affiancano anche le politiche ambientali.

È poi indicata con una certa frequenza anche l'integrazione fra le politiche formative, della sicurezza e della coesione sociale, ed in alcuni casi pure dell'inserimento lavorativo delle persone con deficit di opportunità, generalmente con riferimento ad azioni e obiettivi strategici riferiti alla famiglia, ai temi della genitorialità, della prevenzione e informazione nei confronti dei giovani su diverse tematiche (droga, fumo, ecc.), della sensibilizzazione nei confronti delle categorie svantaggiate, per favorirne l'integrazione e l'inserimento lavorativo e sociale.

Finito di stampare nel mese di Aprile 2010
da Litografia Zucchini - Bologna

