

# **Il mutamento delle politiche sociali in Toscana: un'analisi dei piani di zona**

**I R P E T**  
Istituto  
Regionale  
Programmazione  
Economica  
Toscana

Francesco Fratto  
Alessandra Pescarolo



**I R P E T**

Istituto  
Regionale  
Programmazione  
Economica  
Toscana

# **Il mutamento delle politiche sociali in Toscana: un'analisi dei piani di zona**

**FRANCESCO FRATTO  
ALESSANDRA PESCAROLO**

Firenze, 2003

## RICONOSCIMENTI

Questo studio è stato affidato all'IRPET dall'Osservatorio Sociale Regionale della Regione Toscana, con la convenzione siglata il 3 settembre 2001. Il lavoro è stato coordinato da Alessandra Pescarolo ed è stato svolto da Francesco Fratto. Elena Zangheri ha curato l'allestimento editoriale.

## INDICE

1.	
PREMESSA	5
2.	
I PIANI DI ZONA 2001	13
2.1 Finalità e struttura	13
2.2 La relazione sociale e il programma di attività	14
2.3 Le aree di interesse	19
3.	
I CONTENUTI DEI PIANI DI ZONA 2001	25
3.1 Il quadro conoscitivo	36
3.2 La programmazione e l'integrazione	41
3.3 La gestione associata	45
3.4 L'attuazione	51
3.5 Le risorse finanziarie	60
3.6 L'innovazione	62
4.	
CONCLUSIONI	65



## 1. PREMESSA

Negli ultimi decenni le società contemporanee occidentali si sono caratterizzate per un elevato grado di dinamismo sociale ed economico, politico e culturale, e gli assetti istituzionali tradizionali sono stati attraversati da modificazioni rapide e profonde. I processi di globalizzazione in atto comportano un livello maggiore di apertura e di permeabilità delle singole società verso modelli di sviluppo e di organizzazione diversi. A questo proposito, alcuni teorici osservano che è in corso un processo di “convergenza istituzionale” verso un unico modello di organizzazione delle società, quello capitalistico in generale, orientato in particolare al modello anglosassone. Altri studiosi, invece, affermano che oltre a questa tendenza occorre però considerare che le singole società conservano alcuni caratteri tradizionali, tipici del proprio processo di sviluppo - fattori legati alla struttura sociale, economica, politica e culturale delle singole realtà nazionali- che pongono la questione del processo di globalizzazione e di convergenza delle forme organizzative in termini di rapporto tra locale e globale, e quindi di ridefinizione delle influenze esterne a seconda delle caratteristiche endogene. Un processo che li ha portati a definire, a questo proposito, i concetti di “glocalizzazione” e di “glocalismo”<sup>1</sup>. In quest’ottica, vi è dunque un doppio movimento che induce, da un lato, le società contemporanee ad adottare modelli di riferimento universalistici e, dall’altro, a mantenere i caratteri tradizionali del proprio assetto istituzionale (sociale, economico, politico e culturale).

In questo senso, quindi, lo studio del mutamento delle politiche sociali in Toscana che si vuole presentare in queste pagine intende mettere in luce la rilevanza che questi processi assumono in una realtà territoriale specifica come la nostra regione e in un ambito particolare della vita quotidiana come i servizi sociali. La Toscana, infatti, sotto diversi punti di vista rappresenta una delle realtà più innovative e dinamiche, non solo in confronto alle altre realtà italiane ma anche a livello internazionale. Questa peculiarità -che ne fa una delle aree più interessanti e apprezzate- si riflette ampiamente anche negli aspetti più specifici del modello organizzativo delle politiche sociali. Difatti, nell’ultimo decennio la Toscana ha mostrato un li-

<sup>1</sup> La letteratura a questo proposito è vasta e articolata, ma per una trattazione generale dei processi di globalizzazione si rimanda a Trigilia C. (1998), *Sociologia economica. Stato, mercato, società*, Il Mulino, Bologna.

vello di interesse e di attivismo verso questi aspetti che la pone all'avanguardia in Italia, e il territorio è diventato una sorta di terreno sperimentale sul quale procedere anche nei mutamenti più ardui e complessi.

È ormai ampiamente riconosciuto, infatti, che con l'approvazione della L.R. 72/97 gli organi regionali hanno compiuto uno sforzo innovativo sul piano culturale e normativo di grande rilievo istituzionale, dato il radicamento e l'impenetrabilità del modello tradizionale. Questa legge si poneva nell'ottica di superare i vincoli legati al vecchio modello di organizzazione delle politiche sociali e ne proponeva uno nuovo, basato sul principio dell'*integrazione* delle performance sociali con quelle più specificamente sanitarie. I risultati di questo processo sono stati monitorati in uno studio<sup>2</sup> che ha sottolineato come, nonostante vi fossero notevoli limiti all'affermazione di un modello univoco, vi erano allo stesso tempo molti elementi favorevoli affinché tale processo si affermasse nel tempo. In particolare, era stata registrata una grande consapevolezza di tale necessità da parte degli attori locali ed era emerso che tale mutamento culturale aveva investito non solo il livello alto delle politiche sociali -gli organi regionali e provinciali, i comuni e le Asl- ma che tali principi avevano un certo radicamento anche al livello degli operatori locali e della società civile, che a loro volta hanno espresso una forte domanda di integrazione di politiche sociali e sanitarie. Era stato registrato, infatti, che se da un lato il processo di integrazione era partito a livello politico dall'alto, dall'altro lato aveva trovato un terreno fertile proprio al livello più basso, quello della realtà locale: era quindi stato sostenuto dal basso. Il volontariato sociale in particolare e il terzo settore in generale hanno quindi alimentato un processo definito a livello politico dagli organi regionali.

Gli effetti di questa legge sono visibili non solo a livello locale, ovvero verso l'interno del territorio, come abbiamo appena evidenziato, ma anche al suo esterno, sul panorama nazionale. Com'è noto, infatti, la legge 328/00 approvata dal Parlamento italiano, la riforma del sistema sanitario nazionale, si è ampiamente ispirata alla L.R. 72/97 e dall'esperienza toscana ha tratto forza e legittimazione politica. Le prospettive interpretative aperte da questa legge sono quindi un chiaro segnale non solo che anche i mutamenti più ampi possono essere determinati con successo dal basso -come mostra l'esperienza locale toscana- ma soprattutto che ci troviamo in un terreno istituzionale dinamico e propenso all'innovazione. Un luogo che, proprio per la sua natura altamente sperimentale, ha però bisogno di essere monitorato periodicamente, con strumenti interpretativi e metodologici creati *ad hoc*, per conoscerne le traiettorie di mutamento, interpretare le tendenze future e calibrare gli interventi.

<sup>2</sup> Floridia A., Fratto F., Provvedi A. (2001), *I servizi socio assistenziali in Toscana: bisogni, strategie, politiche. Un'analisi delle relazioni sociali di zona*, Irpet, Firenze.

È in questo ambito infatti che si colloca questo studio. L'oggetto della ricerca è quello di valutare, a grandi linee, come si sviluppa il rapporto tra domanda e offerta di integrazione delle politiche socio sanitarie in questa regione. In altri termini si intende verificare la maniera in cui le indicazioni legislative, espresse a livello regionale e nazionale, trovano applicazione sul terreno concreto delle politiche e dei servizi erogati. Ovvvero, come si configura il quadro generale del mutamento culturale e operativo attorno alla definizione delle procedure per la programmazione e la gestione delle prestazioni socio sanitarie. Questo studio rappresenta uno strumento di controllo di alcuni aspetti dell'evoluzione delle politiche sociali in Toscana che intende stimolare la riflessione sui punti di forza e di debolezza del sistema e valutare le principali tendenze di sviluppo.

A questo proposito, però, c'è da precisare che non si intende valutare se il mutamento generale in tema di politiche sociali sia consono o meno a quello relativo alle reali problematiche sociali; ossia, non è in questa sede che si vuole verificare se alle emergenze socio sanitarie delle singole aree del territorio regionale corrispondano performance adeguate ed efficaci. Il piano d'analisi non è dunque l'efficacia delle politiche pubbliche -ossia se risolvono o attenuano i problemi per cui sono state intraprese- bensì quello dell'efficienza, ovvero dell'adeguatezza delle procedure adottate rispetto agli scopi che si intendono perseguire. Si badi, inoltre, che questa analisi non interessa tutti gli aspetti interpretativi dell'efficienza delle politiche pubbliche, ma si limita solo a valutarla sul piano dell'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie, un elemento centrale su cui si plasma il mutamento generale in corso in questo ambito.

Da un punto di vista metodologico si è proceduto con l'analisi dei *Piani di Zona* (PdZ in sigla) del 2001<sup>3</sup> delle 34 zone socio sanitarie in cui è suddiviso il territorio toscano. Il primo passo è stato quello di fornire una prima interpretazione generale dei piani, che ha portato alla raffigurazione di un quadro quanto mai variegato dei documenti. Dalla lettura di questi testi è inoltre emerso un ampio ventaglio degli argomenti trattati al loro interno, più o meno vicino e quello indicato dagli amministratori regionali. Con questo approccio si è quindi giunti alla definizione di un indice dei contenuti dei piani di zona onnicomprensivo della vasta e variegata massa di informazioni trattate, rispetto al quale è stata poi operata una classificazione dei piani di zona del 2001: vi sono piani in cui sono presenti molte delle informazioni richieste e altri dove, invece, si registra una notevole scarsità di argomenti. Nella fascia alta ricade la maggioranza dei piani di zona e si passa ad un livello decrescente di completezza: da quelli migliori in assoluto a

<sup>3</sup> I PdZ del 2001 sono gli ultimi documenti della prima generazione, quelli redatti annualmente; dal 2002 i PdZ sono diventati triennali, ma prevedono aggiornamenti annuali.

quelli parzialmente completi. Nella fascia bassa ricade la minoranza dei piani di zona, dove si trovano quei documenti in cui le informazioni previste sono quasi del tutto assenti o viene sviluppato un set minimo di argomentazioni. Vi è quindi una grande varietà di informazioni descritte ed emerge una notevole discrezionalità nell'interpretazione. Si valuterà quindi la presenza o l'assenza dei contenuti e non la loro qualità intrinseca; pertanto, ogni giudizio che si leggerà nelle pagine successive su questo o quel PdZ verrà espresso in riferimento ai singoli contenuti. Dunque, così come l'assenza di una specifica informazione non indica affatto che l'argomento non sia stato sviluppato nella zona socio sanitaria interessata, dal lato opposto anche la sua presenza, seppure corposa, non garantisce che le interpretazioni locali del tema siano pertinenti. Questo studio si limita a verificare se e come sono state attuate alcune specifiche procedure.

La parte centrale di questo studio è quella dell'analisi dei contenuti. Sulla base della mappa degli argomenti, si è proceduto ad una relativa aggregazione delle informazioni sviluppate nei singoli piani tenendo conto di alcuni criteri specifici: le frequenze dei temi sviluppati e la loro rilevanza teorica ai fini di questa ricerca. Da un lato si è voluto soddisfare l'esigenza di considerare il maggior numero di informazioni trattate (meglio tutte), quindi di fare emergere tutto il contenuto dei piani di zona, dall'altro occorreva mantenere intatte le linee interpretative con cui leggere tali informazioni, ovvero le ipotesi di ricerca. Le aree entro cui sono stati classificati gli argomenti trattati nei piani di zona sono 6:

1. Il quadro conoscitivo
2. La programmazione e l'integrazione
3. La gestione associata
4. L'attuazione
5. Le risorse finanziarie
6. L'innovazione

Questo lavoro si divide in due sezioni principali. Nel capitolo successivo (2) verranno presentati gli oggetti di analisi, ovvero i piani di zona del 2001 -le finalità che persegono, la struttura, le caratteristiche principali dei contenuti che esprimono- e poi le aree di interesse individuate. Nel terzo capitolo si passa ai risultati dell'analisi dei contenuti dei piani di zona sulla base delle 6 aree di interesse. Nel capitolo conclusivo si tracerà un profilo sintetico del modello di sviluppo delle politiche sociali in Toscana e del processo di integrazione delle politiche socio sanitarie e assistenziali.

Prima di entrare nel vivo dell'analisi dei piani di zona occorre introdurre alcune considerazioni preliminari sul principale documento di programmazione regionale delle politiche sociali, il PISR 2001, sul grado di attuazione di questo documento e sulle prospettive che si sono aperte per il futuro.

Il Piano Integrato Sociale Regionale rappresenta un impor-

tante strumento di definizione degli ambiti di programmazione delle politiche socio sanitarie della Toscana e si fonda sulla necessità di conciliare le tendenze normative dettate a livello nazionale ed europeo con le emergenze specifiche e i bisogni del territorio. In virtù di ciò, questo documento è soggetto ad un gran numero di input che provengono da ogni livello: dall'alto e dal basso. In particolare, il Piano Integrato Sociale Regionale del 2001 ha assunto un carattere transitorio in ragione dei mutamenti avvenuti in ambito nazionale, con l'approvazione delle L. 328/00, che ha istituzionalizzato gran parte dei principi espressi dalla L.R. 72/97 e ne ha introdotti nuovi, ai quali gli organi regionali hanno dovuto adeguarsi. Quindi, per il 2001 la definizione degli ambiti della programmazione degli interventi è stata influenzata dalla transitorietà del complesso sistema normativo a cui fa riferimento.

Ad ogni modo, nonostante i continui mutamenti a cui l'ambito delle politiche socio sanitarie è soggetto, negli anni l'attuazione del PISR ha contribuito notevolmente a diffondere e a sedimentare una nuova cultura delle prestazioni. Sulla scia degli adattamenti normativi a cui è costantemente soggetto, sul territorio si è affermato un nuovo modo di intendere gli interventi socio sanitari: partecipazione, programmazione, integrazione e valutazione sono i punti cardini attorno ai quali si strutturano le strategie regionali. In termini generali, si può quindi dire che l'attuazione del PISR transitorio 2001 ha favorito il processo di consolidamento delle strutture culturali, normative, professionali e fisiche attorno alle quali si sviluppano le idee principali del nuovo *welfare* in Toscana. La funzione principale svolta dal PISR transitorio è stata quindi quella di mediare tra il territorio e i diversi livelli istituzionali, di preparare il sistema locale ai mutamenti più generali in corso, di adattare il contenuto più universalistico delle direttive dello sviluppo in campo sociale al particolarismo delle risorse endogene, di plasmare la concezione comprensoriale e settoriale di queste tematiche nell'ottica dell'integrazione dei diversi livelli implicati in questi processi. Il compito prioritario del PISR 2001 è stato dunque quello di favorire il radicamento e la condivisione di un nuovo approccio alle politiche sociali, un fenomeno che prelude all'interruzione della fase di transizione che contraddistingue quest'ambito ormai da tempo in Toscana. Anche nel caso toscano, infatti, così come avviene in genere in ogni processo di istituzionalizzazione del mutamento, ciò pone le basi per l'affermazione di un nuovo modello di politiche sociali, anche se per certi versi ancora poco definito. Ad ogni modo, nonostante non si vedano ancora punti di arrivo precisi, le direttive dello sviluppo sono ben chiare e il territorio regionale reagisce in maniera pro-attiva alle sollecitazioni.

I principali risultati raggiunti nell'attuazione del PISR 2001 sono riconducibili a tre aree specifiche: la conoscenza del territorio, la programmazione, l'integrazione. Quanto al primo pun-

to, il PISR 2001 ha introdotto questi temi nell'ambito della programmazione e ha stimolato enormemente la produzione di conoscenze sulle caratteristiche del territorio, definendo le funzioni specifiche degli Osservatori sociali e il loro campo di attività. Inoltre, sebbene a proposito del livello di operatività e di integrazione raggiunto dalla rete degli Osservatori vi siano ancora alcune gravi carenze, non vi sono dubbi sul fatto che gli attori locali coinvolti nelle politiche socio sanitarie hanno una profonda consapevolezza della necessità di potenziare la conoscenza del territorio (ne è testimonianza la mole di dati presentati nella maggior parte delle relazioni sociali dei 34 piani di zona del 2001).

Il PISR 2001 ha introdotto modifiche piuttosto rilevanti anche nella programmazione: seppure entro grandi linee di azione, le priorità di intervento sono state ancorate ad una serie di parametri di determinazione delle risorse finanziarie. Il contributo di razionalizzazione del PISR 2001 in questo senso consiste nell'aver formalizzato i nuovi termini di accesso alle fonti di finanziamento e quelli di indirizzo della spesa, quindi dei settori di intervento delle politiche sociali.

I mutamenti sul piano della programmazione hanno ovviamente avuto ripercussioni anche in termini di integrazione degli interventi. Da questo punto di vista il contributo maggiore del PISR 2001 risiede nell'aver favorito un ampio processo di formalizzazione delle procedure che vengono di volta in volta adottate dalle singole zone socio sanitarie ai fini dell'integrazione delle politiche. La produzione normativa a questo proposito è infatti di notevole valore, a testimonianza di un buon livello di programmazione e di concertazione: protocolli di intesa, accordi di programma, convenzioni e altre forme di accordi sono ormai una prassi ampiamente consolidata nel territorio toscano.

Tra i punti di debolezza di questo processo emerge la necessità di dover prestare maggiore attenzione ad alcuni aspetti: gli assetti organizzativi e funzionali; gli assetti giuridico-amministrativi per la gestione in forma associata; i rapporti tra soggetti pubblici e quelli del privato sociale; la programmazione finanziaria e l'integrazione delle opportunità di finanziamento; gli strumenti per la valutazione e il monitoraggio; le soluzioni economico-gestionali del sistema integrato.

Per quel che riguarda gli assetti organizzativi e funzionali occorre dare maggiore rilievo all'organizzazione delle Segreterie Tecniche, alle dotazioni organiche e all'attribuzione delle funzioni e dei ruoli interni, ai flussi informativi e procedurali attivati nel rapporto con l'esterno (i comuni, le Asl, il privato sociale, ecc.), alle ipotesi organizzative degli Sportelli Sociali, alle modalità di lavoro per la programmazione concertata e per la concertazione, il lavoro di rete. Sul piano della gestione in forma associata degli interventi occorre intervenire sulle modalità di definizione degli strumenti giuridici utilizzati per l'as-

sociazione tra comuni e sulle forme di gestione per tipologie di servizi (es. servizi residenziali, semi-residenziali, servizi territoriali, ecc.) oppure per livelli essenziali di *welfare* (d'accesso, di pronto intervento, comunitario, ecc.).

Quanto ai rapporti tra soggetti pubblici e soggetti del privato sociale è invece importante prestare attenzione alle modalità di affidamento relative alle forme di gestione adottate e i termini di definizione del rapporto con i soggetti del Terzo Settore -che spesso si formalizza attraverso la fissazione di alcuni criteri per la selezione dei soggetti attuatori- ed ai ruoli attribuiti ai soggetti del volontariato e alle imprese sociali. Sulla programmazione finanziaria occorre stimolare una ripartizione dei piani finanziari per settori di intervento e per fonte di finanziamento (con particolare riferimento all'apporto di risorse proprie dei comuni, delle Asl e dei soggetti del Terzo Settore), l'integrazione delle opportunità di finanziamento, ad esempio tra le risorse del Fondo Sociale Regionale e quelle provenienti da fonti comunitarie.

Per quanto riguarda la valutazione e il monitoraggio è cruciale una definizione degli strumenti procedurali che possono essere adottati, ex ante, in itinere ed ex post. Infine, in relazione alle soluzioni economico-gestionali per l'accessibilità del sistema integrato dei servizi socio sanitari a tutti i cittadini si deve procedere con una regolamentazione più incisiva dell'accesso alle prestazioni, dei livelli di partecipazione finanziaria degli utenti e delle modalità di accesso al sistema dei servizi (punti di contatto unici, sistema di gestione delle liste di attesa, uffici di segretariato sociale, ecc.), e con un'incentivazione dell'utilizzo di strumenti utili per la costruzione di un sistema di qualità sociale come le carte dei servizi.



## 2. I PIANI DI ZONA 2001

### 2.1 **Finalità e struttura**

Il piano di zona è il principale strumento di programmazione degli interventi in tema di politiche sociali e socio sanitarie delle 34 zone toscane ed è strettamente connesso al PISR. Con i piani di zona del 2001 gli organi regionali hanno posto l'esigenza di inaugurare un nuovo “metodo con cui seguire e indirizzare le attività di analisi programmazione e valutazione” degli interventi, “quell’itinerario fecondo di riconversione del sistema assistenziale verso un nuovo modello operativo” (§ 4.6.2 del PISR 2001). I piani di zona assolvono a tre funzioni particolari: la programmazione, l’attuazione e la valutazione delle politiche. Nell’ambito della programmazione vengono definiti gli obiettivi, le priorità e gli interventi operativi, in quello dell’attuazione si procede alla loro implementazione e nell’ambito della valutazione si concretizzano procedure di controllo, monitoraggio, valutazione ex-ante, in itinere ed ex-post delle azioni specifiche.

I piani di zona devono “contribuire, in modo diretto e quantificabile, al conseguimento degli obiettivi generali, assumendoli come ambito di riferimento e come criterio di orientamento del processo di programmazione zonale, sia dal punto di vista territoriale che settoriale”. In tal modo, gli obiettivi perseguiti dalle singole zone si considerano come “una disaggregazione territoriale degli obiettivi dell’intero piano regionale e non come obiettivi di ordine inferiore”, per dare continuità tra le indicazioni regionali e quelle locali in tema di programmazione. Nei piani di zona devono inoltre essere garantite le quote di interventi specifici relativi alle aree “tradizionali” di interesse<sup>4</sup>, com’è espressamente indicato nel § 4.6.2 del PISR 2001, ma devono anche individuare alcune “questioni chiave” su cui puntare maggiormente l’attenzione, che sono espressione delle peculiarità della situazione sociale del territorio: deve essere quindi dato peso alle caratteristiche specifiche delle singole realtà zonali. Inoltre, in ogni piano bisogna perseguire l’obiettivo di “garantire la sorveglianza e l’assistenza tecnica su tutto il processo di programmazione e di valutazione, unitamente a quello di assicurare in particolare la coerenza metodologica e

<sup>4</sup> Famiglia, minori, anziani, disabili, immigrati e dipendenze.

di contenuti tra i piani di zona e il PISR”. Per quanto riguarda la struttura del piano di zona influiscono due ordini di informazioni: quelle presenti nel PISR 2001 e quelle fornite dalla Regione come griglia di argomenti per la redazione<sup>5</sup>. Le informazioni sulla struttura dei piani sono quindi ambigue e diverse. Nel § 4.8.1 del PISR, ad esempio, vengono specificati gli ambiti di analisi della relazione sociale, ma non vi è altro che richiama ad una struttura fissa dei piani di zona, e ciò ha avuto conseguenze significative sul piano della disomogeneità dei documenti redatti dalle singole zone socio sanitarie. Ad ogni modo, i piani si ripartiscono in due grandi aree tematiche: la relazione sociale e il programma di attività.

## 2.2 La relazione sociale e il programma di attività

Come s’è detto, gli enti regionali hanno fornito alle zone socio sanitarie una serie di strumenti per la redazione dei piani di zona, sia all’interno del PISR che con le indicazioni della griglia. Attorno a queste indicazioni le zone socio sanitarie hanno avuto margini piuttosto ampi di manovra nell’interpretare la natura delle informazioni da sviluppare e nel modo di presentarle. I piani di zona sono stati quindi adattati in vario modo alle esigenze descrittive e alle caratteristiche delle singole zone e redatti con un notevole grado di discrezionalità e di disomogeneità, da un punto di vista formale.

L’autonomia concessa alle zone socio sanitarie in questo senso può quindi considerarsi sia una risorsa che un limite. Da un lato, infatti, è utile spaziare tra gli argomenti proposti nei piani al fine di dare maggiore rilievo alle specificità della zona e sottolineare gli elementi che caratterizzano la situazione socio sanitaria e socio economica dell’area: un modo, quindi, per arricchire il quadro conoscitivo e interpretativo della realtà locale. Dall’altro lato, però, questa relativa autonomia rischia di restituire prodotti piuttosto eterogenei sia nella loro struttura che nella natura delle informazioni trattate. Dunque, così come è stato rilevato anche nello studio precedente, uno dei problemi che caratterizza l’analisi sociologica dei piani di zona 2001 è proprio la grande varietà interpretativa dei soggetti trattati (i “contenuti” dei PdZ) e la disomogeneità nella loro presentazione (la “forma” dei PdZ). Un fattore che, sebbene da un lato riesca a valorizzare le diversità delle zone socio sanitarie, dall’altro pone alcuni problemi di leggibilità e di comparabilità dei documenti.

Nella realtà dei fatti, quindi, nonostante le indicazioni di redazione, la struttura dei singoli PdZ risulta altamente differenziata, al punto che ci si muove da un estremo all’altro di un

<sup>5</sup> Per le seconde si troverà una trattazione dettagliata nelle paragrafo seguente, mentre per le prime si fa riferimento soprattutto ai § 4.6.

*continuum*: vi sono alcuni piani ben articolati, strutturati e chiari anche nella trattazione degli argomenti, e altri che invece risultano piuttosto scarni<sup>6</sup>. Si badi però che, a differenza della rilevazione condotta per i piani di zona del 1999, proprio in virtù dell'esperienza pregressa e delle nuove indicazioni regionali di redazione, quelli redatti nel 2001 sono complessivamente più organici e omogenei. In altre parole, nonostante i limiti di alcuni piani, si registra un tasso di omogeneità maggiore rispetto al passato.

Ad ogni modo è proprio sulla base di questa disomogeneità, e quindi sulla valorizzazione delle differenze, che è stato ricavato un “indice ideale” degli argomenti trattati quanto mai attendibile rispetto alla reale portata delle informazioni contenute nei piani e alle indicazioni regionali, comprensivo quindi di tutte le tipologie di informazioni riportate o da trattare.

---

## INDICE IDEALE DEI PIANI DI ZONA 2001

### RELAZIONE SOCIALE

1.  
IL QUADRO CONOSCITIVO PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA
  - 1.1 Inquadramento
    - 1.1.1 Introduzione
    - 1.1.2 Possibilità, problematiche e realizzazione dell'OPS
    - 1.1.3 Situazione sociale della provincia
    - 1.1.4 Annotazioni di scenario sulla zona
    - 1.1.5 La situazione e la dinamica economica produttiva
      - 1.1.5.1 *Le dinamiche economiche e gli indirizzi strategici per il futuro*
      - 1.1.5.2 *Occupazione e condizione professionale nella zona*
      - 1.1.5.3 *L'Agenzia formativa e il Servizio territoriale della zona*
    - 1.1.6 Analisi dei rischi di fragilizzazione in conseguenza delle linee di intervento delle politiche sociali
  - 1.2 Interpretazione (per area)
    - 1.2.1 Componenti della domanda
      - 1.2.1.1 *Bisogni familiari e qualità della vita*
      - 1.2.1.2 *Informazioni sui servizi e capacità di risposta ai bisogni*
    - 1.2.2 Componenti dell'offerta
  - 1.3 Punti di forza e di debolezza, opportunità e rischi (tabella SWOT)
  - 1.4 Stime dei fabbisogni da soddisfare e delle opportunità da garantire
    - 1.4.1 Carenza di interventi e strutture rispetto alla domanda (per area)
    - 1.4.2 Necessità di sviluppo di iniziative integrate e innovative rispetto alla domanda, anche con la valorizzazione di risorse e fattori propri e specifici della comunità locale (per area)
  - 1.5 Risultati conseguiti nel precedente periodo di programmazione 1998-2000
    - 1.5.1 Progetti realizzati. Elementi conclusivi del monitoraggio
    - 1.5.2 Risultati: metodologici; di sviluppo dei servizi; dei progetti pilota; dei progetti realizzati con fondi comunitari; di sperimentazione di buone pratiche
  - 1.6 Elenco delle rilevazioni indicate Piano Sociale di Zona anno 2001
  - 1.7 Altro

---

<sup>6</sup>Nel primo caso, accanto agli aspetti positivi in termini di completezza e ricchezza del piano zonale a volte vi sono ripercussioni negative in termini di pesantezza e di leggibilità dei documenti.

---

## PROGRAMMA DI ATTIVITÀ

### 2.

#### INDIRIZZI PROGRAMMATICI

- 2.1 Gli obiettivi strategici e gli obiettivi specifici
- 2.2 Priorità

### 3.

#### STRUTTURA DELLA PROGRAMMAZIONE

- 3.1 Indirizzi programmatici per area (tabelle)
- 3.2 Attuazione dell'integrazione socio sanitaria tramite i progetti obiettivo (per area)
- 3.3 Attuazione degli interventi di politiche sociali integrate con i settori della formazione, lavoro, casa, ecc. (per area)

### 4.

#### GESTIONE ASSOCIATA

- 4.1 Adozione di atti formali sottoscritti da tutti i comuni della stessa Zona socio sanitaria
- 4.2 Adozione di un regolamento unico delle prestazioni per le materie gestite in forma associata
- 4.3 Definizione delle regole e delle procedure di accesso alla prestazioni
- 4.4 Adozione della Carta dei Servizi o della Carta di Cittadinanza
- 4.5 Partecipazione alla definizione del processo di programmazione
- 4.6 Segreterie tecniche
- 4.7 Eventuali allegati, atti, ecc.

### 5.

#### PIANO DI COMUNICAZIONE SOCIALE

### 6.

#### PIANO POVERTÀ

### 7.

#### PIANO FINANZIARIO DELL'ENTE (PER AREA E PER COMUNE)

### 8.

#### CRITERI DI UTILIZZO DELLE RISORSE A PARAMETRO (FRAS + FNPS)

- 8.1 Tabella risorse budget di zona
- 8.2 Tabella 6: programmi e progetti
- 8.3 Paragrafo 4.2.1 PISR 2001
- 8.4 Paragrafo 4.2.3 PISR 2001
- 8.5 Paragrafo 4.2.2/4.4.1 PISR 2001
- 8.6 Paragrafo 4.3.2 PISR 2001
- 8.7 Paragrafo 4.3.3 PISR 2001
- 8.8 Paragrafo 4.5.2 PISR 2001

### 9.

#### PROGRAMMI E PROGETTI

- 9.1 Sintesi dei criteri di selezione applicati nella redazione dei progetti
  - 9.2 Prospetto riepilogativo progetti pervenuti
  - 9.3 Prospetto riepilogativo progetti approvati
  - 9.4 Elenco ulteriore di progetti selezionati da finanziare con eventuali risorse aggiuntive
  - 9.5 Risorse della Regione Toscana per i progetti innovativi
  - 9.6 Programmi operativi
  - 9.7 Progetti
  - 9.8 Altro
- 

L'analisi dei piani di zona ha quindi condotto alla definizione di una struttura ideale unica, ripartita nelle due sezioni prin-

cipali: la “relazione sociale” e il “programma di attività”<sup>7</sup>. Le relazioni sociali del 2001 si incentrano sugli stessi temi di quelle del 1999, ne condividono le finalità descrittive e divulgative e sono state redatte dalle Segreterie Tecniche, col supporto degli Osservatori Provinciali Sociali: in particolare si soffermano sulle caratteristiche principali della zona socio sanitaria, come indicato nel capitolo secondo e nel § 4.8.1 del PISR 2001. Le relazioni sociali cercano di fornire un quadro d’insieme delle conoscenze del territorio (paragrafo 1 nell’indice ideale) e si compongono di 6 parti distinte.

Nella sezione dell’“inquadramento” (1.1 nell’indice ideale) viene presentata una serie di dati, molto spesso corredati da tabelle statistiche e grafici, relativi alla situazione socio sanitaria dell’area, alle caratteristiche socio economiche, al ruolo delle istituzioni e degli enti locali, ai servizi (i punti 1.1.1-1.1.6). In quella dell’“interpretazione” (1.2) vengono trattate, così come recitano le indicazioni regionali, le “informazioni qualitative relative alla percezione, alle opinioni, al grado di soddisfazione della comunità locale sullo stato dei servizi, sulla qualità della vita, sui livelli di benessere sociale, per tracciare il reale sistema di preferenze delle collettività interessate”. Al suo interno è possibile specificare tra le “componenti della domanda” (bisogni delle famiglie) e le “componenti dell’offerta” (risposta delle istituzioni). Nella sezione successiva (1.3) vengono discussi ed elencati i “punti di forza e di debolezza, le opportunità e i rischi” che caratterizzano la situazione sociale del territorio, risultati dall’analisi SWOT di zona. Di seguito vengono stimati i “fabbisogni da soddisfare e garantire” (1.4), sia dal lato della “carenza degli interventi e delle strutture rispetto alla domanda” che da quello delle “necessità di sviluppo di iniziative integrate e innovative rispetto alla domanda, anche con la valorizzazione di risorse e fattori propri e specifici della comunità locale”. La relazione sociale si chiude con la presentazione dei “risultati ottenuti nel precedente periodo di programmazione 1998-2000” (1.5) e con un “elenco delle rilevazioni indicate al piano di zona” (1.6).

La relazione sociale assume un ruolo di cruciale importanza per la definizione dell’intero processo di programmazione delle politiche sociali poiché è solo sulla base di una conoscenza dettagliata delle caratteristiche del territorio che si possono calibrare servizi che rispondono alle reali necessità della popolazione. Per questi motivi, infatti, la redazione di questa parte del piano è affidata congiuntamente all’Osservatorio Sociale Provinciale e alle Segreterie Tecniche. La completezza e la ricchezza delle informazioni contenute nelle relazioni sociali rappresentano in una certa misura lo specchio del grado di consapevolezza degli attori locali delle emergenze che ca-

<sup>7</sup> Come si vedrà meglio nel paragrafo successivo, da questo indice ideale è stato ricavato il set delle 6 macro variabili di interesse che è al centro della ricerca.

ratterizzano le singole zone socio sanitarie, il metro per valutare il livello di conoscenza del territorio.

Il “programma di attività” dei piani di zona 2001, invece, differisce notevolmente da quello rilevato nel 1999. Si rileva, infatti, che le informazioni riportate sono strutturate in maniera più chiara ed esauriente e seguono un percorso più organico e definito, quindi di migliore lettura e interpretazione, sia rispetto alla relazione sociale che al programma delle attività dei PdZ del 1999. Il programma di attività si compone di otto sezioni.

In quella degli “indirizzi programmatici” (il capitolo 2 nell’indice) vengono citati gli “obiettivi strategici e quelli specifici”<sup>8</sup>, nonché le “priorità di intervento” del piano. Nella sezione successiva (3) segue la “struttura della programmazione” per area (famiglia, anziani, disabili, ecc.), gli interventi a favore dell’integrazione socio sanitaria e le politiche sociali integrate. Nel capitolo della “gestione associata” (4) vengono indicate tutte le procedure adottate a questo fine: gli atti formali sottoscritti da tutti i comuni della stessa zona socio sanitaria; il regolamento unico delle prestazioni per le materie gestite in forma associata; le regole e le procedure di accesso alle prestazioni; la Carta dei Servizi e la Carta di Cittadinanza; la definizione del processo di programmazione; il ruolo e la struttura delle Segreterie tecniche; eventuali allegati, atti, ecc.. Il “piano di comunicazione sociale” (5) e il “piano povertà” (6) sono due programmi specifici a cui fa riferimento il PISR 2001 (il primo nel § 4.14 e il secondo nel § 1.8), mentre il “piano finanziario dell’ente” (7) rappresenta il documento di gestione economica, sia a livello di zona socio sanitaria che di singolo comune. Sempre in ambito finanziario, nel capitolo successivo (8) vengono descritti i “criteri di utilizzo delle risorse a parametro”, così come indicato nella II sezione del PISR 2001.

Nell’ultimo capitolo del programma di attività (9) viene presentata la “sintesi dei criteri di selezione applicati nella redazione dei progetti”, il “prospetto riepilogativo dei progetti pervenuti e di quelli approvati”, l’“elenco di progetti selezionati da finanziare con eventuali risorse aggiuntive” e le “risorse dedicate dalla Regione Toscana ai progetti innovativi”. Infine vengono riportati i “programmi operativi” e i “progetti” approvati e finanziati dal piano.

A questo proposito si può dire che, al di là delle differenze formali tra il programma di attività dei piani zonali del 1999 e quello del 2001, a livello sostanziale emerge un diverso interesse prestato a progetti e programmi operativi, più debole nel 2001, in virtù del fatto che non vi era più l’obbligo di riportare le schede di sintesi di ogni singolo progetto e programma operativo. Pertanto, se i programmi di attività dei PdZ del 1999 risultavano sbilanciati sul lato dei progetti attuati, quelli del

<sup>8</sup> Il riferimento è contenuto nei paragrafi 4.6.2 e 4.8.2 del PISR 2001.

2001 lo sono sul versante delle indicazioni programmatiche<sup>9</sup>.

Ma lasciamo il campo degli argomenti trattati nei piani di zona del 2001 e passiamo ad individuare le variabili più significative che emergono dall'analisi dei PdZ (le macro aree di interesse) che sono state utilizzate per spiegare il mutamento generale della natura delle politiche sociali e socio sanitarie di zona, i loro effetti in termini di integrazione delle politiche e le interazioni con le indicazioni legislative regionali e nazionali.

### **2.3 Le aree di interesse**

Da un punto di vista metodologico, per giungere a identificare e definire alcune macro aree di interesse che racchiudessero il maggior numero di informazioni contenute nei piani -che ne limitassero quindi la dispersione- e che soddisfaccressero le esigenze di ricerca, si è proceduto classificando ed aggregando i contenuti dei PdZ (indice ideale) sulla base della vicinanza concettuale degli argomenti trattati. In altre parole, i piani di zona sono stati prima scomposti in una molteplicità di elementi autonomi -una settantina circa, i paragrafi dell'indice ideale- che sono stati poi riaggrediti gradualmente fino ad ottenere un numero ben più ristretto di aree, 6: il quadro conoscitivo, la programmazione e l'integrazione, la gestione associata, l'attuazione, le risorse finanziarie, l'innovazione.

All'interno delle relazioni sociali il quadro conoscitivo include tutte le informazioni a carattere socio economico delle zone. L'analisi del quadro conoscitivo è di cruciale importanza per valutare il livello di consapevolezza e conoscenza sulla natura del territorio e della società locale. È possibile valutare le diversità nella percezione della situazione sociale e socio economica di ogni singola zona, dei limiti e delle potenzialità insite nella struttura sociale della comunità locale (ad esempio, il peso di alcune classi di età, come gli anziani o i bambini, il numero medio dei componenti per famiglia, i tassi di disoccupazione, la presenza immigrata, ecc.), delle caratteristiche orografiche del territorio (montano, collinare, metropolitano, costiero, ecc.), nonché della storia dell'area (processi ampi di deindustrializzazione o forte dinamismo industriale, per citare due situazioni opposte).

Risulta quindi utile valutare se si ha una conoscenza più o meno sistematica ed articolata della domanda e dell'offerta di servizi socio sanitari e assistenziali, delle criticità che riguardano i fabbisogni della popolazione e delle linee di sviluppo

<sup>9</sup> Ad esempio, con i PdZ del 2001 è stato possibile arricchire la definizione del rapporto tra le priorità indicate nei piani e quelle registrate dall'analisi dei progetti, ma non è stato possibile fare emergere la consistenza della partecipazione del privato sociale e dei soggetti istituzionali nella fase di attuazione, il tipo di azione prevista dagli interventi, le fonti di finanziamento e le voci di spesa, così come era accaduto per il 1999.

futuro, nonché dei punti di forza e di debolezza tipici del territorio, delle opportunità e dei rischi che possono provenire dall'esterno. È quindi importante, in ultima istanza, considerare anche la presenza all'interno della relazione sociale di una trattazione specifica dei risultati raggiunti nel periodo precedente di programmazione, proprio in virtù dei vantaggi che derivano dal radicamento delle esperienze pregresse. Il giudizio che si può dare sul quadro conoscitivo è dunque esclusivamente di tipo percettivo, si riferisce pertanto al livello della conoscenza e della consapevolezza delle caratteristiche socio economiche del territorio.

Nell'area della programmazione e dell'integrazione si analizzano le indicazioni programmatiche dei PdZ, gli obiettivi strategici, quelli specifici e le priorità di intervento, si definiscono alcune aree di integrazione socio sanitaria e le politiche sociali integrate. In questo ambito si registra quindi una certa continuità di analisi con lo studio sui piani zonali del 1999 e si trovano numerosi punti di connessione con la situazione precedente. Come vedremo, tuttavia, differentemente da quanto emerso per il 1999, ora le priorità e gli obiettivi sono fortemente condizionati e vincolati dalle indicazioni fornite in numerose occasioni all'interno del PISR 2001<sup>10</sup>, e dalla rigidità del sistema di finanziamento delle iniziative, che viene ora determinato a monte, vincolando l'erogazione ad una serie di indicatori e parametri, sociali e non (II sezione del PISR 2001). Ad ogni modo, così come nello studio precedente, anche qui l'area della programmazione rimane di cruciale importanza nel momento in cui si vuole verificare la conformità tra le priorità di intervento indicate dai PdZ e quelle che realmente emergono dall'analisi dei progetti e dei programmi operativi attuati dalle singole zone socio sanitarie.

Dal punto di vista dell'integrazione delle politiche socio sanitarie di varia natura e genere, però, c'è da dire che -proprio in virtù di una maggiore attenzione alla creazione delle condizioni istituzionali per l'integrazione dimostrata dall'alto, a livello centrale e regionale con gli sforzi legislativi ormai noti e con l'adozione di questo importante documento di programmazione decentrata che è il PISR 2001- occorre guardare a tale processo con occhi diversi da quelli con cui è stata condotta l'analisi precedente. Allora, infatti, proprio per la novità che rappresentava in sé il concetto di integrazione socio sanitaria -un principio fino a quel momento ignorato e per di più ampiamente contrastato dalla cultura pubblica e privata che regolava questo tipo di prestazioni- questi aspetti hanno assunto un carattere altamente sperimentale in tutte le zone socio sanitarie

<sup>10</sup> Da questo punto di vista, tuttavia, l'impressione che si ha leggendo il PISR 2001 è che il carattere prioritario delle specifiche tipologie di intervento socio sanitario e assistenziale (dai nidi all'ADI, dalle strutture residenziali agli sportelli informativi, ecc.) viene così tanto frequentemente e insistentemente sottolineato che quasi si perde il senso di ciò che è realmente prioritario.

toscane, seppure con livelli diversi di recepimento<sup>11</sup>. Nel precedente periodo di programmazione, lo stimolo innovativo della legge regionale si era combinato alla mancanza di esperienze pregresse, ma aveva comunque fatto emergere un processo di integrazione che si potrebbe definire “diretto dall’alto e condotto dal basso”, che ha imposto un nuovo ordine alle politiche socio sanitarie: un processo diretto dall’alto che è stato in realtà sostenuto dal basso. In quello studio, infatti, si è potuto constatare come -in seguito all’input che veniva dall’alto- dal volontariato e dal privato sociale, dalle associazioni e dalle famiglie verso i comuni, le Asl e gli enti locali tutti, fino ad arrivare alla Regione, si sia levata una domanda di integrazione delle politiche socio sanitarie di grande portata, una *voice* che talvolta ha trovato gli enti locali e le istituzioni impreparate a soddisfarla.

Da questi soggetti, soprattutto da quelli che fino ad allora stavano in coda nella gerarchia della programmazione (ma da sempre in testa in quella dell’attuazione delle politiche sociali), è quindi emersa con forza una grossa spinta, una sorta di *feedback*, affinché tali principi di integrazione delle politiche fossero istituzionalizzati in procedure stabili e ampie di concertazione. Ne è testimonianza il dato che era stato rilevato nell’analisi dei piani di zona del 1999 secondo cui il privato sociale partecipava in qualche modo ai progetti operativi sostenuti dalla LR 72/97 nell’85% dei casi, e che risultava come soggetto attuatore, aveva quindi un ruolo cruciale e ben definito, nel 44% degli interventi concreti.

Diversamente da quanto accadeva nel recente passato, ora si possono apprezzare i risultati di un processo che è partito dall’alto, che ha avuto una spinta propulsiva dal basso, ma che attualmente si costruisce al livello intermedio, tra l’uno e l’altro. Una situazione che ha ormai definitivamente abbattuto le vecchie gerarchie che caratterizzavano la struttura delle opportunità legate alle prestazioni socio sanitarie, in termini di programmazione, gestione e attuazione. Siamo quindi in una fase in cui le procedure di integrazione delle politiche socio sanitarie stanno evolvendo verso modelli sempre più efficaci ed efficienti, ma che ancora non hanno assunto un grado di maturazione e di

<sup>11</sup> L’impressione generale era che laddove in passato le aree erano state investite da eventi che in qualche modo le avevano immesse all’interno di un sistema ampio e stabile di concertazione degli interventi pubblici (inerenti i diversi aspetti della vita quotidiana, dal lavoro di fabbrica alle materie ambientali, dallo sviluppo locale alle questioni di quartiere, ecc.), queste erano maggiormente in grado di gestire la complessa questione dell’integrazione delle politiche socio sanitarie. Vi erano infatti alcune zone in cui tali principi trovavano un terreno istituzionale più favorevole, un *milieu* fatto di tradizioni di concertazione maggiormente diffuse e istituzionalizzate, radicate nel tessuto produttivo, nella cultura pubblica e nel senso civico. Una fitta rete di relazioni che ha in un certo senso fornito uno stimolo più incisivo verso l’integrazione delle politiche pubbliche, anche nello specifico delle questioni socio sanitarie. A titolo di completezza, occorre tuttavia aggiungere che, sebbene tale connessione sia piuttosto chiara, il nostro studio era, e lo è anche ora, centrato su altri aspetti dello stesso elemento (l’integrazione socio sanitaria) e che pertanto non è stato possibile, e non lo è neanche ora, verificare empiricamente la validità di tale stimolante considerazione.

istituzionalizzazione tale da indicare chiaramente un modello unico e definito di integrazione. Ad ogni modo allo stato attuale non vi sono dubbi sul fatto che le procedure che ora appaiono fortemente frammentate, disomogenee e talvolta deboli, possano nel lungo periodo raggiungere un livello più alto di definizione e specializzazione.

Concettualmente l'area della gestione associata rientra in quella degli indirizzi programmatici ed è strettamente connessa ad essa; tuttavia, proprio per la centralità che riveste in questo studio abbiamo ritenuto opportuno distinguerla dalle altre, non solo per controllare meglio quali strumenti procedurali e normativi sono stati creati a sostegno delle politiche socio assistenziali a livello territoriale, ma anche per verificare più efficacemente l'intero processo di integrazione delle politiche pubbliche in questo ambito. Da un punto di vista operativo, si è proceduto con la rilevazione degli strumenti utilizzati a questo fine: l'adozione degli atti formali e dei regolamenti unici, delle carte dei servizi e di cittadinanza, delle procedure di partecipazione alla programmazione e di accesso alle prestazioni, l'istituzione e l'organizzazione delle Segreterie Tecniche.

Inoltre, differentemente dallo studio precedente -dove si avevano informazioni sull'adozione di due tipi solamente di accordi di programma e il concetto di gestione associata rimaneva decisamente più vago- ora il grado di formalizzazione delle procedure previste a questo scopo è nettamente più alto. Com'è anche decisamente più specifico il set di informazioni che gli enti regionali hanno consigliato di trattare nella fase di redazione dei piani di zona per descrivere tali aspetti, così com'è riportato nel capitolo 4 dell'indice ideale dei piani zonali. Nel 2001, infatti, ben l'88% dei piani ha previsto un atto formale di gestione associata.

L'area dell'attuazione riguarda gli aspetti più trascurati rispetto ai piani di zona del 1999, gli interventi operativi, ma si è potuto comunque fare una verifica numerica dei programmi operativi e dei progetti, in relazione ad ogni singola area di intervento, ed un controllo incrociato con le priorità espresse in sede di programmazione.

L'area delle risorse finanziarie risulta anch'essa di cruciale importanza poiché ha subito modificazioni radicali nel corso di questo triennio di programmazione. Mentre nello studio precedente questa analisi specifica veniva demandata ai piani finanziari di ogni singolo progetto -per cui il totale dei finanziamenti erogati veniva ricostruito a valle, come somma dei singoli stanziamenti- ora invece tutto il processo viene stabilito a monte, ovvero nel PISR 2001 (II sezione), per cui alle zone socio sanitarie non rimane che ricapitolare le voci di spesa e di entrata. All'interno dei piani di zona, infatti, si possono rintracciare alcune tabelle sintetiche: i piani finanziari dell'ente, per area e per comune, e altri dati sulla distribuzione delle risorse economiche (la tabella risorse di budget e la tabella programmi/progetti, riportate nella griglia delle indicazioni regionali).

Nei piani di zona l'area dell'innovazione assume un peso relativo in virtù della natura meramente sperimentale di questi interventi. Ciononostante, è importante mettere in evidenza questo tema e fare emergere i casi di eccellenza e le *best practices* che risultano dalla ricerca. In questa sezione, infatti, si cercherà di evidenziare i momenti di slancio delle politiche locali verso ambiti finora ancora poco esplorati e le *performance* di cui talvolta non è possibile apprezzare gli effetti immediati. Nel primo ricadono i casi di adozione dei piani povertà, che afferiscono al fenomeno emergente, e quindi in parte sconosciuto, delle “nuove povertà”, e quelli dei progetti innovativi. Nel secondo rientrano i casi in cui è stato approvato il piano di comunicazione sociale, un progetto che cerca di diffondere un modo nuovo di intendere le politiche socio sanitarie.



### 3. I CONTENUTI DEI PIANI DI ZONA 2001

In relazione all’“analisi dei contenuti” dei piani di zona del 2001 si è proceduto alla rilevazione delle informazioni specifiche relative agli argomenti dell’indice ideale, che ha restituito una mappa completa dei temi trattati all’interno dei singoli piani<sup>12</sup>. Nella tabella 3.1 ogni singola cella indica la presenza o l’assenza delle informazioni specifiche relative ad uno dei 65 paragrafi e sottoparagrafi dell’indice (in riga) per ognuno dei 34 piani di zona (in colonna). È dunque sulla base di questa mappa che traceremo i profili dei singoli piani di zona e che argomerteremo le nostre considerazioni a carattere generale.

Ma è importante sottolineare che l’analisi dei contenuti condotta in queste pagine non intende esprimere un giudizio di qualità “assoluta” dei piani di zona ma solo in termini relativi, nel senso che non si procederà ad una verifica sistematica della validità empirica delle singole informazioni e dei dati presentati nei piani, da quelle della relazione sociale a quelle del programma di attività, ma ci si limiterà alla sola rilevazione delle informazioni contenute e sviluppate. Ad esempio, non si valuterà se le statistiche sociali o demografiche presenti nella sezione del quadro conoscitivo della relazione sociale siano attendibili, ma le si rileva in sé. Come non verrà messo in discussione se le priorità di intervento indicate nel programma di attività siano quelle che oggettivamente emergono dalla realtà locale, ma si procederà solo alla verifica se sono realmente attuate attraverso gli interventi specifici. Così come non si verificherà l’esistenza o meno di questo o di quell’accordo di programma per la gestione associata degli interventi qualora non compaia tra gli atti allegati alla sezione della gestione associata del piano di zona, tanto meno se la soluzione adottata è quella più adeguata o meno. Ciò che si intende fare in questo studio è quello di rilevare la presenza dei contenuti e, su questa base, operare alcune classificazioni in termini di completezza delle informazioni riportate dai piani.

Da una prima lettura dei dati emerge con chiarezza il livello di complessità e di eterogeneità dei 34 piani di zona toscani. Da questa diversità, tuttavia, è possibile fare alcune importanti considerazioni a carattere generale, legate alla rilevanza assegnata ai singoli capitoli dell’indice (Tab. 3.2). In particolare, non risultano sbilanciamenti rilevanti né a favore della relazione

<sup>12</sup> Per l’analisi si sono utilizzate sia le versioni digitali che cartacee dei PdZ 2001.

3.1  
I CONTENUTI DEI  
PIANI DI ZONA.  
2001

RELAZIONE SOCIALE											% SU TOTALE PDZ
	Quadro conoscitivo	Inquadramento	Intro	Possib., probl. e realizz. OPS	Situazione sociale provincia	Annotazioni di scenario zona	Situz. e dinamica economica	Dinamiche e indirizzi futuri	Occupaz. e condizione prof.	Ag. formativa e Serv. Territ.le	
Alta Val d'Elisa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	26
Alta Val di Cecina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20,6
Amiata Grossetana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Apuanie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	23,5
Aretina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6
Bassa Val di Cecina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	17,6
Casentino	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	64,7
Colliene Albegna	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	22
Colliene Metallifere	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14
Elba	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	41,2
Firenze Sud Est	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14
Firenze	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	16
Empolese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	17
Firenze Nord Ovest	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	50,0
Grossetana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Livornese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Lunigiana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Mugello	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Pisana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Pistoiese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Pratese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Senese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Val di Chiana Aretina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Val di Nievole	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Valdarno Aretino	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Valdarno inferiore	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Val di Chiana Senese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Val Tiberina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Vale del Serchio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Versilia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
TOTALI DI RIGA											8,8

RELAZIONE SOCIALE										% SU TOTALE PDZ
Fabbisogni	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20,6
Carenza interventi	x	x	x	x	x	x	x	x	x	44,1
Per area	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14,7
Necessità di sviluppo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	26,5
Per area										
Risultati 1998-2000	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Progetti realizzati	x	x	x	x	x	x	x	x	x	55,9
Risultati metodologici	x	x	x	x	x	x	x	x	x	55,9
Elenco rilevazioni indicate	x	x	x	x	x	x	x	x	x	44,1
Altro										
TOTALE QUADRO CONOSC.	8	11	6	9	14	6	11	1	6	50,0
TOTALE INQUADRAMENTO	1	2	0	1	1	2	0	1	0	58,8
TOTALE INTERPRETAZIONE	1	5	0	1	4	1	5	0	3	100,0
TOTALE SWOT	1	1	2	1	2	1	1	1	2	73,5
TOTALE FABBISOGNI	2	2	1	2	2	1	0	0	2	67,6
TOTALE RISULTATI	2	1	1	3	2	1	1	3	1	85,3

3,1  
I CONTENUTI DEI  
PIANI DI ZONA.  
2001  
segue

3.1  
I CONTENUTI DEI  
PIANI DI ZONA.  
2001  
segue

PROGRAMMA DI ATTIVITÀ											% SU TOTALE PDZ
	Indirizzi programmatici	Obiettivi strategici/specifici	Priorità	TOTALE INDIRIZZI	Struttura a programm.	Per area	Integrazione socio sanitaria	Pol. soc. form.-lav.-casa-ecc.	TOTALE STRUTT. PROGRAMM.	Gestione associata	
Atta Val d'Elsa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Alta Val di Cecina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	23,5
Amiata Grossetana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	61,8
Apuania	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	55,9
Bassa Val di Cecina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	19
Aretina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	19
Casterino	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	91,2
Colli Aniene	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	2,9
Colli Metalliferi	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	70,6
Colline Alberese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	35,3
Elsa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	29,4
Firenze Nord Ovest	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Firenze Sud Est	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	24
Fivizzano	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	70,6
Grossetana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8,8
Lunigiana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	3
Mugello	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	30
Plana di Lucca	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	88,2
Pisana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	82,4
Pistoiese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	27
Pratese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	24
Seneser	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	28
Val di Chiana Areteina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	82,4
Val di Nievole	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	32
Valdarno Inferiore	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	94,1
Valdarno Areteina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	70,6
Valle del Serchio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	33
Valle del Tevere	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	97,1
Versilia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	28
TOTALE DI RIGA	2	0	1	2	1	1	0	1	2	1	30

PROGRAMMA DI ATTIVITÀ		% SU TOTALE PDZ
Piano finanziario ente	x	58,8
Per comune	x	35,3
Risorse a parametro	x	20,6
Tabella risorse budget	x	38,2
Tabella Programmi/Progetti	x	44,1
4.2.1	x	26,5
4.2.3	x	35,3
4.2.2/4.4.1	x	11,8
4.3.2	x	4
4.3.3	x	11,8
4.5.2	x	8,8
TOTALE RISORSE FINANZ.	2 1 2 8 6 1 4 0 5 3 1 4 1 6 4 1 2 3 6 5 1 0 4 1 4 3 4 7 0 1 4 6 2 2 31 91,2	14,7
Sintesi criteri selezione	x	25
Rip. progetti pervenuti	x	67,6
Rip. progetti approvati	x	85,3
Progetti risorse agg.	x	26,5
Progetti	x	79,4
Programmi operativi	x	30
TOTALE ATTUAZIONE	5 3 3 6 4 5 5 2 0 3 4 5 3 6 3 5 4 5 6 6 2 3 5 5 6 5 4 2 5 5 3 4 33 97,1	88,2

3.1  
I CONTENUTI DEI  
PIANI DI ZONA.  
2001  
segue

3.2  
L'ANALISI DEI  
CONTENUTI PER  
CAPITOLI  
DELL'INDICE  
Valori assoluti e %

	Total quadro conoscitivo	Total inquadramento	Total interpretazione	Total F/D/O/R	Total fabbisogni	Total risultati	Total indirizzi	Total strutt. programm.	Total gest. associata	Total innovazione	Total risorse finanziarie	Total attuazione
Alta Val d'Elsa	8	1	1	1	2	2	2	3	7	2	2	5
Alta Val di Cecina	11	2	5	1	2	1	1	1	6	0	1	3
Arniata Grossetana	6	0	0	2	1	1	2	3	7	1	2	3
Arniata Senese	9	1	1	1	2	3	2	3	7	2	8	6
Apuane	14	1	4	2	2	2	1	1	7	1	6	4
Aretina	6	1	1	1	2	1	0	3	5	1	1	5
Bassa Val di Cecina	11	2	5	1	1	1	2	2	6	2	4	5
Casentino	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	2
Colline Albegna	6	1	3	1	0	1	1	3	6	1	5	0
Colline Metallifere	10	1	3	1	2	2	0	0	7	0	3	3
Elba	9	2	0	1	2	1	1	1	5	1	1	4
Empolese	8	0	1	2	1	1	2	2	6	3	4	5
Firenze Sud Est	8	1	1	1	1	3	2	0	5	1	1	3
Firenze	8	0	1	1	1	2	2	1	5	2	6	6
Firenze Nord Ovest	3	0	0	0	0	1	1	0	7	0	4	3
Grossetana	5	1	2	1	0	0	1	0	5	2	1	5
Livornese	10	3	1	2	1	2	2	0	7	2	2	4
Lunigiana	8	0	1	2	1	2	1	3	7	2	3	5
Mugello	5	1	1	1	1	1	2	1	7	0	6	6
Piana di Lucca	20	9	1	2	3	3	1	1	5	1	5	6
Pisana	8	1	1	1	1	1	2	2	7	2	1	6
Pistoiese	6	3	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2
Pratese	9	1	4	0	1	1	1	1	7	2	4	3
Senese	11	1	4	1	1	3	2	3	6	1	1	5
Val di Chiana Aretina	7	0	0	1	1	2	2	3	4	1	4	5
Val di Cornia	7	2	0	1	0	1	1	1	6	1	3	5
Val di Nievole	7	1	0	1	0	3	0	2	7	1	4	6
Valdarno Aretino	10	1	1	1	1	3	2	0	7	1	7	5
Valdarno Inferiore	2	0	0	0	0	0	0	1	7	1	0	4
Val d'Era	3	0	0	0	0	0	1	0	6	1	1	2
Val di Chiana Senese	8	1	2	1	2	2	2	3	7	1	4	5
Valle del Serchio	19	9	1	2	3	3	2	2	7	1	6	5
Val Tiberina	7	1	1	2	2	1	2	0	6	1	2	3
Versilia	10	5	0	1	1	2	1	0	1	2	2	4
TOTALI	34	25	23	29	25	30	31	24	33	30	31	33
% SU TOTALE PDZ	100,0	73,5	67,6	85,3	73,5	88,2	91,2	70,6	97,1	88,2	91,2	97,1

sociale né del programma di attività: difatti, in entrambi i casi sono state rilevate informazioni che riguardavano questi due ambiti nella totalità dei PdZ. Nel quadro conoscitivo un peso maggiore è stato dato ai risultati conseguiti nel precedente periodo di programmazione, trattati in 30 piani (l'88%) e alla sezione dei punti di forza e debolezza, opportunità e rischi, sviluppati nell'85% dei casi. Minore peso è stato dato all'inquadramento generale della situazione socio economica dell'area e ai fabbisogni, in 25 piani (il 74%), e all'interpretazione, in 23 piani (pari al 68% circa dei casi). Nel programma di attività, una trattazione più dettagliata ha riguardato le indicazioni del-

la gestione associata e il piano dell’attuazione (nel 97% dei piani), così come la sezione degli indirizzi generali della programmazione (nel 94% dei PdZ). Una descrizione più debole invece è stata fatta a proposito delle risorse finanziarie (il 91%) e dell’innovazione (l’88%), un livello di attenzione che si affievolisce ulteriormente nel capitolo della struttura della programmazione (il 67%)<sup>13</sup>.

Come si può vedere dalla tabella 3.3, sia per quanto riguarda la relazione sociale che il programma di attività, nella metà esatta dei casi è stato raggiunto il livello più alto di completezza nella trattazione delle informazioni. Inoltre, ad un esame più attento si possono scorgere importanti differenze tra i soggetti trattati e tra le zone socio sanitarie. Difatti, vi sono alcune zone in cui il quadro conoscitivo è stato sviluppato in maniera minima e in altre sono presenti lacune in alcuni importanti capitoli del programma di attività. Ad ogni modo è in 9 casi che si raggiunge il livello massimo di completezza, sia in relazione al programma di attività che della relazione sociale.

Lasciando il piano trasversale dei capitoli trattati veniamo ora alle distinzioni tra le singole zone socio sanitarie. Per quanto riguarda la relazione sociale (Tab. 3.1) vi sono alcuni piani particolarmente ricchi di informazioni e altri invece piuttosto scarni da questo punto di vista. Estremizzando, nel primo gruppo vi sono le relazioni sociali della Piana di Lucca, della Valle del Serchio e delle Apuane, mentre nel secondo troviamo quelle riportate nei PdZ del Casentino, del Valdarno Inferiore, della Val d’Era e di Firenze Nord Ovest. Nel paragrafo relativo all’inquadramento della situazione sociale di zona i lavori più ricchi sono quelli della Piana di Lucca e della Valle del Serchio, e per quel che riguarda l’interpretazione una completezza maggiore è stata raggiunta dall’Alta e dalla Bassa Val di Cecina, Apuane, Pratese e Senese. Anche qui però vi sono diversi casi di scarsa o nulla attenzione verso questi aspetti. In relazione all’analisi SWOT (punti di forza e debolezza, opportunità e rischi) un’analisi completa è stata presentata nelle relazioni sociali dell’Amiata Grossetana, delle Apuane, dell’Empolese, della Lunigiana, della Piana di Lucca, della Valle del Serchio e della Val Tiberina. Il capitolo dei fabbisogni è stato argomentato meglio dalla Piana di Lucca e dalla Valle del Serchio, mentre per i risultati raggiunti nel precedente periodo di programmazione a queste due zone si aggiungono l’Amiata Senese, Firenze Sud Est, la Senese, la Val di Nievole e il Valdarno Aretino.

In relazione ai contenuti del programma di attività c’è da notare una maggiore attenzione da parte dell’Amiata Senese e della Valle del Serchio, in primis, e poi anche dall’Empolese, da Firenze, dal Mugello, dal Valdarno Aretino e della Val di

<sup>13</sup> In realtà il motivo della debolezza nella trattazione del capitolo della struttura della programmazione è da rintracciarsi soprattutto nella sovrapposizione di questa sezione con quella più generale dell’indicazione degli obiettivi generali e specifici, che ha infatti mostrato risultati migliori.

3.3  
L'ANALISI DEI  
CONTENUTI PER  
CAPITOLI  
DELL'INDICE

	Total quadro conoscitivo	Total inquadramento	Total interpretazione	Total F/D/O/R	Total fabbisogni	Total risultati	Total indirizzi	Total strutt. programm.	Total gest. associata	Total innovazione	Total risorse finanziarie	Total attuazione
Alta Val d'Elsa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Alta Val di Cecina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Amiata Grossetana	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Amiata Senese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Apuane	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aretina	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Bassa Val di Cecina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Casentino	x			x			x	x		x	x	x
Colline Albegna	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Colline Metallifere	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Elba	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Empolese	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Firenze Sud Est	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Firenze	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Firenze Nord Ovest	x				x			x		x	x	x
Grossetana	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x
Livornese	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Lunigiana	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mugello	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Piana di Lucca	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pisana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pistoiese	x	x			x			x	x	x	x	x
Pratese	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
Senese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Val di Chiana Aretina	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Val di Cornia	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x
Val di Nievole	x	x		x		x		x	x	x	x	x
Valdarno Aretino	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Valdarno Inferiore	x			x	x	x		x	x	x	x	x
Val d'Era	x					x		x	x	x	x	x
Val di Chiana Senese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Valle del Serchio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Val Tiberina	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Versilia	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x

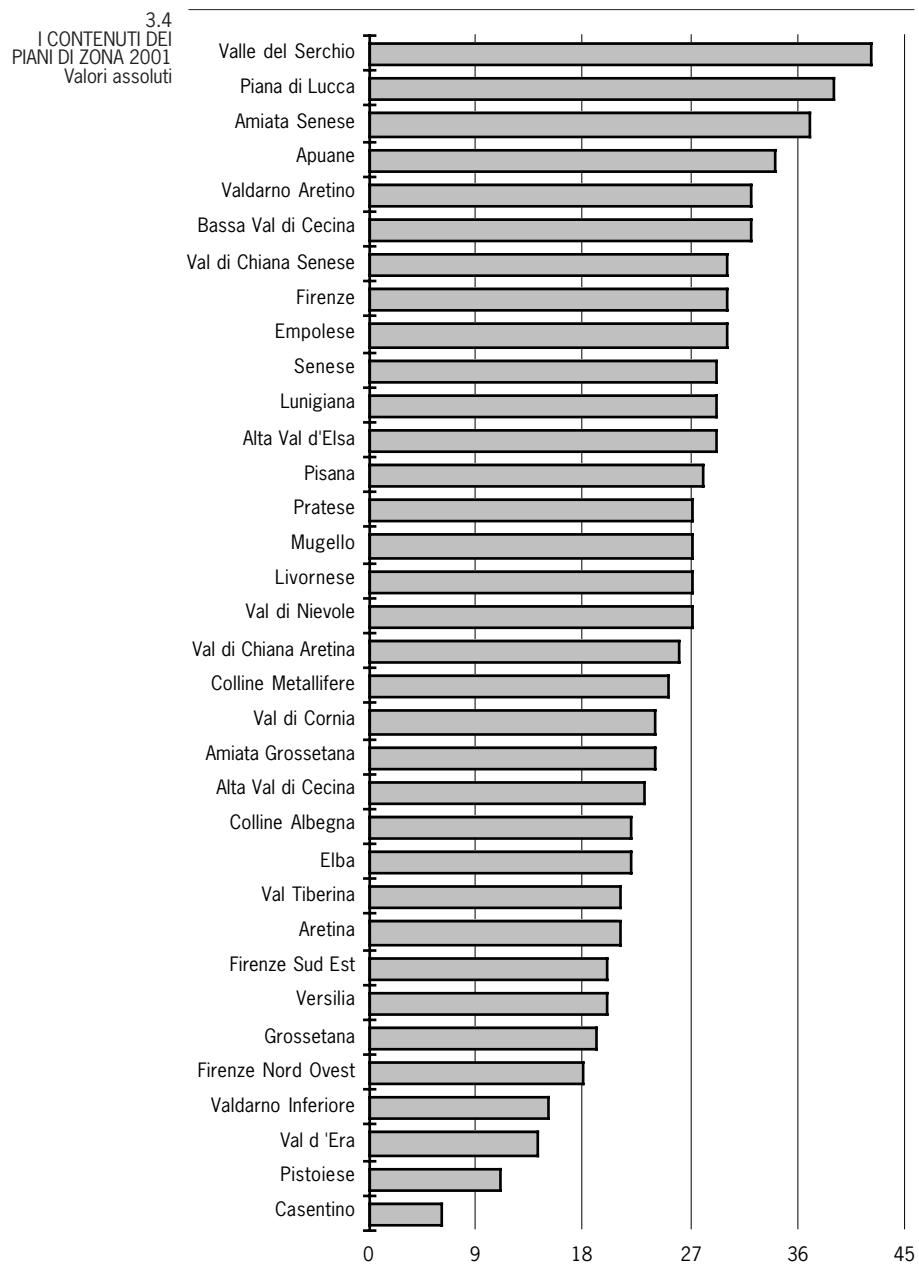
Chiana Senese, mentre più deboli risultano le trattazioni del Casentino e della Pistoiese. I capitoli degli indirizzi programmatici e della struttura delle programmazione sono stati compilati in maniera completa dall'Alta Val d'Elsa, dall'Amiata Grossetana, dall'Amiata Senese, dalla Senese, dalla Val di Chiana Aretina e dalla Val di Chiana Senese. La sezione della gestione associata è stata redatta in maniera adeguata da un gran numero di zone, ma di contro risulta del tutto assente nel PdZ del Casentino e molto debole in quello della Pistoiese e della Versilia. Sul versante dell'innovazione i risultati migliori sono stati raggiunti nel piano di zona dell'Empolese, ma non ve ne è traccia nei PdZ dell'Alta Val di Cecina, delle Colline Metallifere, di Firenze Nord Ovest e del Mugello. Per quanto

riguarda le risorse finanziarie il grado maggiore di completezza è stato raggiunto nel piano di zona dell'Amiata Senese e del Valdarno Aretino, delle Apuane, di Firenze, del Mugello e della Valle del Serchio; tuttavia, non sono presenti tabelle finanziarie né altri riferimenti nei documenti presentati dal Casentino, dalla Pistoiese e dal Valdarno Inferiore. Infine, in relazione all'attuazione i piani più ricchi sono quelli dell'Amiata Senese, di Firenze, del Mugello, della Piana di Lucca, della Pisana e della Val di Nievole.

Da queste prime indicazioni emergono importanti differenze tra la relazione sociale e il programma di attività. Soprattutto una diffusa eterogeneità e una certa confusione nell'elaborazione delle relazioni sociali a cui fa riscontro, dal lato opposto, una maggiore attenzione verso il programma di attività. Risulta dunque una certa debolezza delle relazioni sociali e una maggiore forza dei programmi di attività dei 34 PdZ del 2001. Come s'è visto dalle tabelle presentate finora, infatti, le relazioni sociali sono alquanto disomogenee tra di loro: ve ne sono alcune molto ben articolate e ricche di argomenti e altre invece decisamente carenti o quasi nulle. Per il programma di attività invece vi è un livello maggiore di omogeneità e non si riscontrano carenze di grande rilievo nei 34 PdZ analizzati, se non in rari casi: vi sono ovviamente piani in cui il programma di attività appare piuttosto stringato e le indicazioni di programmazione e attuazione sono minime; tuttavia, nella maggioranza dei casi questa parte è stata sviluppata in maniera completa e dettagliata. Tale situazione di disparità di argomentazione tra le relazioni sociali e i programmi di attività può essere attribuita soprattutto al fatto che le relazioni sociali costituiscono un sapere cumulativo e di lungo periodo che possiede una sua valenza nel tempo, nel senso che nella realtà dei fatti la situazione sociale di zona non subisce modificazioni radicali da anno in anno e quindi, nei casi in cui tale sezione è stata omessa o era stata trattata in maniera debole è plausibile che si sia fatto riferimento a quelle redatte nei piani di zona precedenti. Ma un'altra ragione è data dal ruolo svolto dagli Osservatori sociali provinciali nell'azione di supporto alle Segreterie Tecniche attraverso l'elaborazione di dati e materiale informativo a carattere statistico o qualitativo sulla situazione sociale di zona, un aspetto che verrà trattato più ampiamente nelle pagine successive ma che può essere considerato come una delle cause di queste disparità.

Ad ogni modo, sulla base della mappa degli argomenti trattati nei piani di zona si è proceduto ad una classificazione quantitativa dei documenti analizzati, rappresentata nel grafico 3.4. Dal grafico è ben visibile la disomogeneità tra i 34 piani di zona, pertanto il campione è stato ripartito in tre classi diverse.

- Nella fascia *bassa* ricadono i piani di zona più critici poiché hanno redatto documenti scarsi e limitati. Si tratta dei piani di 8 zone socio sanitarie (il 24% circa): Casentino, Firenze Sud Est, Versilia, Grossetana, Firenze Nord Ovest, Pistoiese, Valdarno Inferiore e Val d'Era.



- Nella fascia *medio-alta* le informazioni sono state trattate in maniera più complessa ed articolata e si contano i piani che hanno sviluppato un numero maggiore di temi (20 zone socio sanitarie, pari al 59% del campione): Val di Chiana Senese, Firenze, Empolese, Senese, Lunigiana, Alta Val d'Elsa, Pisana, Pratese, Mugello, Livornese, Val di Nievole,

Val di Chiana Aretina, Colline Metallifere, Val di Cornia, Amiata Grossetana, Alta Val di Cecina, Elba, Colline dell'Albegna, Val Tiberina e Aretina.

- Al grado più *alto* della scala vi sono i piani zonali più ricchi di informazioni, dove è stato sviluppato un numero maggiore di argomenti. In questa fascia vi sono i piani redatti dalle restanti 6 zone socio sanitarie, il 17% del totale: Valle del Serchio, Piana di Lucca, Amiata Senese, Apuane, Valdarno Aretino e Bassa Val di Cecina.

Dunque, la maggior parte dei piani di zona del 2001 raggiunge un livello medio-alto di descrittività dei contenuti, pertanto, a diversi gradi, sono stati redatti documenti di programmazione piuttosto completi. Vi sono comunque due gruppi di PdZ che si pongono agli opposti: quelli critici, in cui la quantità di informazioni è minima, e quelli di eccellenza, che contengono invece un gran numero di informazioni dettagliate.

Tornando ai contenuti relativi alle sei aree di interesse individuate, i dati della tabella 3.5 -che riporta la presenza delle infor-

3.5  
I CONTENUTI DEI  
PIANI DI ZONA  
RISPETTO ALLE SEI  
AREE DI INTERESSE

	Quadro conosc.	Program./ integr.	Gestione associata	Attuazione	Risorse finanziarie	Innovazione	TOTALI
Alta Val d'Elsa	x	x	x	x	x	x	6
Alta Val di Cecina	x	x	x	x	x		5
Amiata Grossetana	x	x	x	x	x	x	6
Amiata Senese	x	x	x	x	x	x	6
Apuane	x	x	x	x	x	x	6
Aretina	x	x	x	x	x	x	6
Bassa Val di Cecina	x	x	x	x	x	x	6
Casentino	x	x		x		x	4
Colline Albegna	x	x	x		x	x	5
Colline Metallifere	x	x	x	x	x		5
Elba	x	x	x	x	x	x	6
Empolese	x	x	x	x	x	x	6
Firenze Sud Est	x	x	x	x	x	x	6
Firenze	x	x	x	x	x	x	6
Firenze Nord Ovest	x	x	x	x	x		5
Grossetana	x	x	x	x	x	x	6
Livornese	x	x	x	x	x	x	6
Lunigiana	x	x	x	x	x	x	6
Mugello	x	x	x	x	x		5
Piana di Lucca	x	x	x	x	x	x	6
Pisana	x	x	x	x	x	x	6
Pistoiese	x	x	x	x		x	5
Pratese	x	x	x	x	x	x	6
Senese	x	x	x	x	x	x	6
Val di Chiana Aretina	x	x	x	x	x	x	6
Val di Cornia	x	x	x	x	x	x	6
Val di Nievole	x	x	x	x	x	x	6
Valdarno Aretino	x	x	x	x	x	x	6
Valdarno Inferiore	x	x	x	x		x	5
Val d'Era	x	x	x	x	x	x	6
Val di Chiana Senese	x	x	x	x	x	x	6
Valle del Serchio	x	x	x	x	x	x	6
Val Tiberina	x	x	x	x	x	x	6
Versilia	x	x	x	x	x	x	6
TOTALI DI RIGA	34	34	33	33	31	30	
% SU TOTALE PDZ	100,0	100,0	97,1	97,1	91,2	88,2	

mazioni relative alle sei aree di analisi dei 34 piani di zona esamini- confermano in un certo senso quanto emerso finora. Le informazioni relative al quadro conoscitivo e alla sezione della programmazione e dell'integrazione sono presenti nella totalità dei PdZ, quelle relative alla gestione associata e all'attuazione compaiono in 33 casi, quelle delle risorse finanziarie in 31 e quelle dell'innovazione in 30 piani. Vi è dunque un discreto livello di completezza dei piani di zona che attenua il peso della forte disomogeneità che avevamo riscontrato ed evidenziato inizialmente. Difatti, se da un punto di vista formale questi piani risultano notevolmente difformi, da un punto di vista sostanziale, invece, con un'attenta valutazione dei contenuti si ha una visione più organica e meno disgregata dei piani di zona del 2001. Ciò tuttavia non toglie che i piani rimangono ampiamente diversi l'uno dall'altro, nettamente disgiunti dal modello delle indicazioni regionali e lontani da un modello unico di riferimento. Al loro interno le specifiche informazioni sono trattate per lo più in maniera frammentata, disorganica e sparsa, e presentano non pochi problemi di leggibilità delle informazioni stesse.

Vediamo ora nel dettaglio come si strutturano le diverse informazioni riportate nei piani di zona del 2001 rispetto alle singole aree di interesse individuate.

### **3.1 Il quadro conoscitivo**

Come abbiamo visto, seppure a gradi di complessità e di rilevanza diversi tra zona e zona, indicazioni generali sul quadro conoscitivo della situazione socio economica dell'area emergono nella totalità dei casi analizzati. Nel dettaglio, si può notare un maggiore interesse verso la descrizione dei punti di forza e di debolezza, delle opportunità e dei rischi delle zone socio sanitarie, dei risultati ottenuti nel precedente periodo di programmazione. Lievemente inferiore è invece risultata l'attenzione nella presentazione del set minimo di informazioni sull'inquadramento della situazione sociale di zona, nell'individuazione dei fabbisogni da soddisfare e delle opportunità da garantire, nell'interpretazione della domanda e dell'offerta.

Dunque, nonostante le differenze tra i piani di zona e il diverso peso accordato ai singoli paragrafi della relazione sociale, appare quanto mai deciso il tentativo degli Osservatori Provinciali e delle Segreterie Tecniche di fornire agli operatori gli strumenti interpretativi utili per aumentare la consapevolezza delle caratteristiche socio economiche e politico-sociali delle singole zone. È questo un dato di cruciale importanza poiché mostra non solo che questi organismi istituzionali stanno evolvendo, seppure lentamente e a velocità diverse, verso for-

me più definite e stabili, ma che col tempo si produce una consapevolezza generalizzata su tali aspetti della realtà locale che tende a ridurre la complessità e la problematicità dei fenomeni sociali. Proprio per le funzioni specifiche per cui sono stati concepiti e che devono assolvere, vi sono ovvi motivi per affermare che il sapere prodotto e diffuso in queste sedi, in particolare negli Osservatori, può nel lungo periodo sedimentare e generare una competenza diffusa e generalizzata in tema di politiche sociali, in particolare nelle Segreterie Tecniche e tra gli operatori che a diversi livelli partecipano a questi processi.

Ad ogni modo, a questo proposito occorre fare un'importante precisazione e alcune distinzioni che appaio di cruciale importanza. Gli Osservatori Sociali Provinciali sono stati istituiti dall'articolo 64 della L.R. 72/97, che ne ha disciplinato il ruolo e le funzioni. L'obiettivo principale di questi organismi è quello dell'assistenza alla progettazione e alla valutazione di efficacia delle politiche sociali attuate dalle rispettive zone socio sanitarie. L'ambito principale di attività degli Osservatori riguarda quindi la produzione e la diffusione di conoscenze. Nello specifico devono assolvere le seguenti funzioni principali:

1. produzione, raccolta, sistematizzazione informatica e diffusione di una struttura di dati e di informazioni riguardanti la popolazione, i fenomeni sociali, i bisogni reali, le risorse, la gestione e l'organizzazione dei servizi pubblici e privati;
2. lo sviluppo di analisi mirate su temi specifici.

La legge fornisce quindi indicazioni molto chiare in merito alle funzioni che gli Osservatori devono svolgere, tuttavia, nel testo vi sono notevoli carenze per quanto riguarda la definizione della struttura, dell'organizzazione e delle risorse umane e finanziarie impegnate a questi fini. Un aspetto che ha avuto conseguenze negative sulla definizione di un assetto unico degli Osservatori Provinciali sin dagli esordi e che, in alcuni casi, ha fatto cumulare gravi ritardi<sup>14</sup>. D'altra parte le indicazioni regionali stimolano ad una generica "collaborazione" con le Segreterie Tecniche in questa fase, pertanto il ruolo degli OSP risulta quanto mai vario nelle singole zone.

Il ruolo degli OSP nella determinazione del quadro conoscitivo delle zone socio sanitarie risulta ancora fortemente viegato, anche se si scorgono alcuni modelli più definiti rispetto al recente passato. Dall'analisi dei singoli piani di zona del 2001 è infatti possibile comprendere meglio gli aspetti funzionali, organizzativi, gestionali e strutturali degli Osservatori, fattori che stimolano la discussione in termini di punti forza e di debolezza del sistema. Il contributo sostanziale che questi organismi forniscono nel piano di zona riguarda la redazione della relazione sociale, in particolare della sezione del quadro conoscitivo, dove vengono esposte le principali caratteri-

<sup>14</sup> Un'altra carenza molto significativa è quella del PISR 2001, che dedica solo alcuni paragrafi agli Osservatori e si limita a sviluppare solo questioni più generali.

stiche del territorio secondo le indicazioni della legge regionale del '97 (il punto 1).

Sulla base dell'analisi del contributo dei 10 Osservatori Sociali Provinciali toscani alla definizione del quadro conoscitivo delle caratteristiche delle zone che è stato riportato nelle relazioni sociali dei piani di zona emergono tre diversi livelli: basso, medio e alto. Al primo livello troviamo gli OSP che sembrano contribuire in maniera minima a questi processi, nel senso che non vi è traccia, o quasi, dei loro dati, lavori ed attività. Nel secondo ci sono gli Osservatori che invece hanno lasciato un'impronta più netta nei PdZ, sia perché lo hanno corredata di tutto l'apparato statistico, sia per aver contribuito direttamente alla redazione della relazione sociale di zona. Al terzo livello vi sono gli OSP dell'Area Vasta, che hanno scelto una forma organizzativa unitaria, con immediati effetti sul loro contributo alla conoscenza delle caratteristiche del territorio e, quindi, alla definizione programmatica degli interventi. Sono quindi Osservatori che lavorano in maniera congiunta e coordinata, che hanno adottato procedure comuni, producono dati omogenei, ne curano l'utilizzo, la sistematizzazione e la diffusione in maniera univoca. Da un punto di vista numerico, inoltre, gli OSP si distribuiscono equamente su tutte e tre i livelli: al primo vi sono tre Osservatori, che fanno capo a 12 zone socio sanitarie (il 35%); al secondo ce ne sono altri 3, relative a 10 zone (il 30%); al terzo vi sono 4 OSP, che operano per le restanti 12 zone (35%).

In realtà, se guardiamo al contributo fornito all'interno dei singoli Piani di Zona si vede una grande varietà di casi e situazioni che affievolisce la rigidità di tale classificazione. Le province dove gli OSP risultano più deboli sono quelle di Firenze, Pistoia e Siena. Per quanto riguarda Firenze -che include 6 zone socio sanitarie- sia nel Piano di Zona di Firenze Sud Est che in quello di Firenze Centro si fa espressamente riferimento alla totale mancanza di dati provenienti dall'Osservatorio. In quelli del Valdarno Inferiore e dell'Empolese non vi è nessuna traccia, mentre in quello del Mugello sono riportati alcuni dati statistici che richiamano comunque almeno ad un centro di raccolta. D'altronde, anche la mole dei dati presentati nella relazione sociale del PdZ di Firenze Nord Ovest può far pensare ad un certo contributo dell'OPS; tuttavia, si tratta generalmente dell'utilizzo e della rielaborazione di dati prodotti in altre sedi (Istat, Irpet, ecc.). Inoltre, come risulta dai PdZ della Val di Nievole e della Pistoiese il contributo dell'Osservatorio in quest'area è visibile ma risulta piuttosto debole: sono state riportate infatti numerose iniziative che riguardano le aspettative e le attività future. Il ruolo dell'Osservatorio della provincia senese risulta invece ambivalente: difatti, mentre nei piani delle zone Senese, Val di Chiana Senese e Amiata Senese non emerge nessun contributo specifico, in quello dell'Alta Valdelsa si nota una certa collaborazione con la Segreteria Tecnica.

Le province dove il contributo degli OSP alla definizione del quadro conoscitivo risulta più incisivo sono quelle di Grosseto, Arezzo e Prato. Anche nel caso dell'area grossetana il ruolo dell'OSP appare ambiguo nei termini in cui risulta completamente assente nel piano di zona delle Colline dell'Albegna mentre fornisce i dati statistici per il quadro conoscitivo del piano delle Colline Metallifere e si occupa integralmente della redazione delle relazioni sociali, come nei casi della Grossetana e dell'Amiata Grossetana. Così come succede nella provincia di Arezzo, dove non risulta alcun contributo da parte dell'Osservatorio nel piano del Casentino, ma fornisce i dati statistici per le relazioni sociali della zona Aretina e della Val di Chiana Aretina e si mostra più generoso nei confronti del Valdarno Aretino, dove si legge anche di un progetto specifico di potenziamento dell'Osservatorio stesso. Il caso di Prato è esemplare in quanto l'OSP è stato formalmente delegato ad un noto istituto di ricerca socio economica locale, l'Iris, che svolge le funzioni conoscitive e divulgative di tale organismo in maniera quasi del tutto autonoma.

Nella fascia più alta troviamo gli Osservatori più efficienti, quelli delle province dell'Area Vasta -Lucca, Livorno, Pisa e Massa Carrara- che hanno dato vita ad una forma interzonale di OSP, quindi piuttosto innovativa e dinamica. Seppure a gradi diversi di integrazione, tutte le zone socio sanitarie di quest'area possono quindi avvalersi di un ampio apparato statistico di dati prodotto dall'Osservatorio, corredata anche da indagini conoscitive *ad hoc*, spesso commissionate all'Università e di un importante aiuto in fase di redazione del piano di zona. Nell'area è stata adottata una piattaforma organica di funzioni e ruoli che ha uniformato le procedure in uso nei singoli Osservatori attorno a tre processi principali:

1. la costruzione di una base informativa delle statistiche ufficiali e istituzionali comune a tutte le zone socio sanitarie;
2. l'analisi dei funzionamenti societari del territorio, attraverso indagini mirate all'individuazione dei bisogni reali della popolazione e dei fenomeni sociali prevalenti;
3. il monitoraggio dei servizi sociali nel senso del rilevamento delle procedure adottate dagli operatori nei singoli casi, come patrimonio di informazioni e momento di riflessione sugli interventi sociali e sui suoi risultati.

Ma se lasciamo il piano più astratto del ruolo degli OSP e passiamo alla verifica concreta di queste affermazioni riemergono immediatamente i limiti legati all'eterogeneità dei PdZ, che attenuano in parte i giudizi positivi espressi finora. Difatti, nell'ambito specifico dell'inquadramento, solo le zone della Piana di Lucca e della Valle del Serchio hanno rispettato fedelmente le indicazioni di compilazione fornite dagli organi regionali. In queste aree si registrano quindi i tentativi migliori di rendere sistematica e completa la trattazione della complessa questione degli indicatori (in senso lato, ma soprattutto so-

ciali) della realtà locale. Sganciandosi dal vincolo dell'indice dei PdZ si vede che anche altre zone socio sanitarie forniscono un quadro conoscitivo assai composito e ricco<sup>15</sup>, funzionale alle esigenze divulgative del piano stesso e a quelle interpretative degli operatori.

Nell'area dell'interpretazione, una trattazione più completa ed esaustiva delle componenti della domanda e dell'offerta, con le loro rispettive articolazioni, avviene in 7 zone socio sanitarie: l'Alta e la Bassa Val di Cecina, le Apuane, le Colline dell'Albegna e quelle Metallifere, la Pratese e la Senese. Tuttavia, queste informazioni sono del tutto assenti nei piani di ben 11 zone socio sanitarie (cfr. Tab. 3.1).

Come abbiamo detto, la consapevolezza attorno alla struttura dei punti di forza e di debolezza e delle opportunità e dei rischi che caratterizza le zone socio sanitarie in analisi appare sovradiimensionata. Tuttavia, quello che preme qui mettere in evidenza sono quelle zone che hanno sviluppato in maniera più ampia tali problematiche. Difatti, i piani dove questi punti sono stati sia argomentati in un testo che schematizzati in una tabella sono 7: l'Amiata Grossetana, le Apuane, l'Empolese, la Lunigiana, la Piana di Lucca, la Valle del Serchio e la Val Tiberina. Laddove invece non vi è traccia dell'analisi SWOT è nei piani di Firenze Nord Ovest, della Pistoiese, della Pratese, del Valdarno Inferiore e della Val d'Era. Nelle rimanenti zone vi è un testo esplicativo oppure la sola tabella.

Per quanto riguarda la trattazione dei fabbisogni da soddisfare e delle opportunità da garantire, le modalità di presentazione di questi dati possono essere diverse ed alternative (si veda la tabella 3.1 e l'indice dei PdZ): il piano della carenza degli interventi e quello delle necessità di sviluppo, entrambi documentabili in via descrittiva o per area di intervento (minori, disabili, anziani, ecc.). Tra le 25 zone dove sono stati trattati questi aspetti, nella Piana di Lucca e nella Valle del Serchio si registra un livello più organico di trattazione. Al contrario, quelle dove non è stata rilevata alcuna informazione di questo tipo sono 9: il Casentino, le Colline dell'Albegna, Firenze Nord Ovest, la Grossetana, la Pistoiese, la Val di Cornia, la Val di Nievole, il Valdarno Inferiore e la Val d'Era. Come si può vedere, quindi, via via che si procede a sviluppare nel dettaglio le singole aree di interesse verso i contenuti dei piani zonali ci si accorge delle profonde diversità che emergono tra i singoli PdZ e si può apprezzare una continua ridefinizione dei termini con cui è stata costruita la classificazione presentata nelle pagine precedenti.

In relazione ai risultati conseguiti nel precedente periodo di programmazione, infine, anche in linea generale in questo caso è stata rilevata una grande attenzione (in 30 piani zonali). Al

<sup>15</sup> Se si leggono questi piani di zona si rimane colpiti dalla mole di informazioni e dati che vengono illustrati nelle più svariate forme. Vi è infatti una grossa quantità di dati statistici, tabelle e grafici, e un alto livello di descrizione delle caratteristiche della zona.

solito vi sono PdZ in cui la loro trattazione è completa in tutte le sue parti, come in quelli dell'Amiata Senese, di Firenze Sud Est, della Piana di Lucca, della Senese, della Val di Nievole, del Valdarno Aretino e della Valle del Serchio, mentre è completamente assente in 4 casi. Ad ogni modo, è in ben 19 piani che è stata compilata la tabella relativa ai progetti realizzati nel precedente periodo di programmazione (centrale in questa sezione) e in 15 piani è stata sviluppata la parte relativa ai risultati metodologici.

In sintesi, dunque, nonostante permangano evidenti limiti di eterogeneità e di leggibilità delle informazioni del quadro conoscitivo, si può dire che il lavoro degli Osservatori Provinciali e delle Segreterie Tecniche risulta di grande rilevanza nella maggior parte dei piani di zona analizzati. In alcuni casi la trattazione di queste tematiche è alquanto lineare e specifica, nonché dettagliata e ben articolata. A volte, tuttavia, alla complessità delle tematiche in questione si aggiunge quella relativa all'eccessiva ricchezza di questa sezione. In alcuni di essi, infatti, il dettaglio, la specificità e la completezza con cui si presentano i dati raggiunge livelli così alti di laboriosità che il risultato finale può sembrare a prima vista identico a quello che risulta dai piani critici, ovvero di una scarsa leggibilità dei dati e delle informazioni. In effetti, anche il lettore più entusiasta rimarrebbe perplesso di fronte alle centinaia di pagine di quadro conoscitivo presenti in alcuni piani di zona, in particolare quello della Lunigiana, di Firenze e della zona Pisana. Quello dell'ampiezza e dell'articolazione della trattazione, dunque, da risorsa può trasformarsi in un vincolo per chi deve utilizzare questo strumento. Tuttavia, dietro questo aspetto, come abbiamo già detto, si nasconde il grande lavoro di produzione di ricerche e raccolta di dati socio economici dell'area operato dalle Segreterie Tecniche e dagli Osservatori.

### **3.2 La programmazione e l'integrazione**

Come abbiamo visto, in tutti i piani di zona è stato rilevato almeno uno degli ambiti di analisi della programmazione, tuttavia, in alcuni piani la trattazione è minima e in altri è più articolata. In realtà alcuni campi che compongono quest'area sono alternativi e si sovrappongono: gli obiettivi e le priorità dei piani, ad esempio, si possono citare sia in maniera descrittiva all'interno del paragrafo degli indirizzi programmatici, sia in via schematica nella struttura della programmazione, attraverso la trattazione delle diverse aree di intervento (minori, anziani, ecc.). A questo proposito si può dire che l'approccio schematico (per area) è quello più frequente perché risulta più agile sia in fase di redazione dei piani che di analisi, ovvero è migliore sia per chi scrive i piani di zona che per chi li legge.

Inoltre, c'è da dire che laddove la trattazione della program-

mazione è rimasta legata alla definizione degli obiettivi strategici e di quelli specifici, delle singole priorità di piano e della struttura della programmazione per area di intervento (i § 2.1, 2.2 e 3.1 dell'indice) le zone mostrano risultati migliori in termini di programmazione delle politiche sociali (in 10 casi). È in questo ambito, infatti, che si creano le condizioni per l'affermazione di un modo più dinamico di intendere le politiche pubbliche, quello che la scienza politica ha definito come uno stile di tipo "anticipatorio" del processo decisionale, teso a prevenire l'emergenza delle problematiche sociali, per distinguerlo da quello tradizionale, detto "incrementale", che invece procede per piccoli passi e in maniera induttiva rispetto ai problemi, attivandosi solo dopo la loro nascita. È quindi anche nei processi di programmazione di zona che si esplica il reale mutamento che sta avvenendo nel settore delle politiche sociali, perlomeno in questa regione.

Questi sono fenomeni di cui si possono apprezzare gli effetti solo nel lungo periodo e che, pertanto, devono essere monitorati con periodicità per capire se la direzione che stanno seguendo è in linea con i mutamenti specifici della comunità locale e con quelli legati al cambiamento più generale della società e della cultura. In questo senso, non vi sono dubbi che il mutamento che sta investendo questo settore in Toscana ha insieme i caratteri dell'innovazione e della sperimentazione. Gli attori locali, gli amministratori e gli operatori a tutti i livelli hanno ampiamente compreso e interiorizzato che l'efficacia delle politiche sociali si misura sul campo, a livello dell'utenza, ma che la carta più difficile e ardua si gioca ad un livello più alto, quello della programmazione di lungo periodo appunto, che implica quindi un sistema stabile e ampio di concertazione, la conoscenza della natura delle problematiche sociali del territorio e una grande lungimiranza politica.

È quindi sui dati relativi alla struttura della programmazione che si deve concentrare l'attenzione al fine di individuare le priorità specifiche, e non generali, dei PdZ. Occorre dunque superare le mere dichiarazioni d'intenti, che pure sono utili, e guardare alla distribuzione delle priorità rispetto alle specifiche problematiche a cui si rivolgono. Abbiamo quindi scelto di operare attraverso l'analisi della struttura della programmazione per area di intervento, dove il livello di generalità scende e ci si avvicina di più al terreno concreto delle politiche pubbliche e degli interventi diretti<sup>16</sup>: famiglie, minori, anziani, disabili, immigrati, dipendenze, povertà, giovani, salute mentale e detenuti.

Come si vede dalla tabella 3.6 vi sono alcune zone dove non è stato possibile rintracciare la struttura della programmazione per area: Firenze Nord Ovest, Pistoiese, Val Tiberina e

<sup>16</sup> In questa sezione vi sono infatti numerosi riferimenti esplicativi agli interventi concreti che occorre attuare sul campo.

	Famiglie	Minori	Anziani	Disabili	Immigrati	Dipendenze	Povertà	Giovani	Salute mentale	Detenuti	Altro	TOTALI
Alta Val d'Elsa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Alta Val di Cecina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9	
Amiata Grossetana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Amita Senese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Apuane	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10	
Aretina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Bassa Val di Cecina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Casentino	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	4	
Colline Albegna	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8	
Colline Metallifere	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Elba	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Empolese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Firenze Sud Est	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9	
Firenze	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8	
Firenze Nord Ovest	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8	
Grossetana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Livornese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Lunigiana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Mugello	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Piana di Lucca	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9	
Pisana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9	
Pistoiese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9	
Pratese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Sense	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Val di Chiana Aretina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Val di Cornia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Val di Nievole	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Valdarno Aretino	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Valdarno Inferiore	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8	
Val d'Era	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Val di Chiana Senese	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Valle del Serchio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	6	
Val Tiberina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	7	
Versilia												
TOTALI	30	30	30	28	30	29	14	3	8	5	8	
PROGRAMMAZIONE	14,0	14,0	14,0	13,0	14,0	13,5	6,5	1,4	3,7	2,3	3,7	

Versilia. Al contrario, le zone socio sanitarie che hanno indicato un ampio ventaglio di priorità sono 10: Alta Val di Cecina, Apuane, Firenze Sud Est, Piana di Lucca, Pisana, Pratese, Colline dell'Albegna, Firenze, Grossetana e Valdarno Aretino.

Quanto alle singole aree di intervento emerge chiaramente un netto sbilanciamento dell'interesse della programmazione verso le categorie "tradizionali" di intervento, citate in 27 piani zonali (il 79% del totale): la famiglia, i minori, gli anziani, l'handicap, le dipendenze e l'immigrazione. Nel 41% dei casi (14 PdZ) si registra anche un discreto interesse verso gli inter-

### 3.6 LE PRIORITÀ DELLA PROGRAMMAZIONE PER ZONA SOCIO SANITARIA E AREA DI INTERVENTO

venti a sostegno delle povertà<sup>17</sup>, mentre l'attenzione della programmazione è minore per la salute mentale (8 casi), la popolazione detenuta (5) e i giovani (3). Nella categoria altro (8 piani), infine, abbiamo fatto ricadere priorità più specifiche tra cui la prostituzione, la casa, le nuove marginalità, l'organizzazione della segreteria tecnica, gli interventi strategici e quelli trasversali.

In questo ambito non rimane quindi che valutare se le priorità indicate nella struttura della programmazione delle zone socio sanitarie corrisponde a quella che realmente emerge in fase di attuazione degli interventi sociali, che vedremo nel § 3.4.

Dal lato specifico dell'integrazione, invece, occorre fare alcune importanti considerazioni. Il PISR 2001 fa riferimento alla L.R. 72/97 e alla L. 328/00 ma propone una classificazione innovativa dal punto di vista concettuale, di grande utilità per chi opera in questi settori (i § 4.15 e 4.16 del capitolo 4 "Piano di indirizzo"). Dapprima si attesta che "l'integrazione, sia delle prestazioni che delle responsabilità e delle risorse, da principio diventa priorità politica" in relazione al "superamento delle ottiche settoriali: sviluppando il coordinamento e le sinergie tra i settori, potenziando le esperienze concertative tra le istituzioni, tra istituzioni e altri soggetti comunitari, tra organizzazioni, tra professionalità". Una grande rilevanza viene data al ruolo degli attori locali. Nell'architettura del processo decisionale, e quindi sul piano della programmazione dell'integrazione, "si attivano due flussi di programmazione, dall'alto verso il basso, con l'individuazione dei programmi di iniziativa regionale ... [e non solo, *n.d.r.*] e dal basso verso l'alto, con il raccordo che si instaura tra le politiche della Regione e le scelte del territorio attraverso i piani zonali". Inoltre, "la Regione favorirà la costituzione tra comuni, singoli, associati nella zona o inseriti nell'area vasta, di legami organici tra le politiche socio assistenziali e quelle territoriali". Vengono quindi distinti quattro ambiti dell'integrazione delle politiche: istituzionale, operativa e gestionale, professionale, comunitaria. Nell'area dell'integrazione istituzionale viene definito l'ambito entro il quale deve essere intesa la partecipazione dei diversi soggetti, a tutti i livelli: i comuni, le Asl, i provveditorati, le province, la Regione, il Ministero di Grazia e giustizia, le Ipab, l'Università, il privato sociale, la Chiesa, lo Stato, ecc.. In quella operativa e gestionale viene specificato l'ambito della gestione associata, che analizzeremo tra breve, mentre in quella professionale viene ribadita la necessità di diffondere una visione interprofessionale dei servizi e dell'erogazione delle prestazioni. In quella comunitaria si da spazio al processo della partecipazione alle scelte politiche legate al benessere della comunità,

<sup>17</sup> È questo un dato che si combina con l'approvazione di piani specifici sulla povertà che abbiamo rilevato nell'area dell'innovazione. Vedremo, infatti, che questa ipotesi è stata presa in considerazione da 10 piani di zona, di cui 8 pongono questi interventi non solo sul piano dell'innovazione ma anche su quello della programmazione.

vengono cioè ribaditi i principi secondo cui la società civile ha un ruolo attivo e deve avere accesso al processo decisionale, attraverso le associazioni e le consulte dei cittadini, ad esempio.

Inoltre, le istruzioni regionali richiedevano di indicare, qualora fossero stati previsti interventi in questo senso, le azioni specifiche relative a due ambiti. Il primo è quello generale dell'integrazione socio sanitaria tramite i progetti obiettivo<sup>18</sup> (§ 3.2 dell'indice ideale); il secondo è quello più specifico dell'attuazione degli interventi di politiche sociali integrate con i settori della formazione, lavoro, casa, ecc (§ 3.3). Ebbene, dall'analisi dei contenuti dei piani di zona risulta che nel primo ambito sono intervenute 12 zone socio sanitarie (il 35% del totale) e che nel secondo 10 piani hanno sostenuto queste azioni in termini di programmazione. Inoltre, i piani che prendono in considerazione l'azione congiunta in tutti e due gli ambiti indicati dalla Regione sono 8. Dunque, nonostante le spinte al processo di integrazione delle politiche socio sanitarie che abbiamo descritto nelle pagine precedenti, in questi specifici ambiti si colgono le difficoltà delle singole zone in termini di programmazione dell'integrazione. Ma non è solo su questi ambiti che si concentra l'attenzione dei piani di zona: già negli indirizzi programmatici indicati nei paragrafi degli obiettivi specifici e strategici e delle priorità si leggono le indicazioni generali in questo ambito. Come vedremo nel prossimo paragrafo, infatti, sono proprio gli strumenti normativi di cui le zone si sono dotate che specificano meglio l'aspetto della programmazione dell'integrazione socio sanitaria. Quindi, occorre valutare questi risultati alla luce di quelli delineati precedentemente e di quelli che emergeranno nelle pagine successive.

### **3.3 La gestione associata**

Rimaniamo in tema di programmazione ed integrazione degli interventi ma rivolgiamo l'attenzione in particolare all'aspetto procedurale e all'efficienza delle politiche pubbliche, in un'ottica volta ad indagare la maniera con cui vengono attuati i singoli interventi, sia in termini concreti (programmi operativi e progetti) che organizzativi e amministrativi (norme e regolamenti). Da questo punto di vista le indicazioni che la Regione ha fornito alle zone socio sanitarie in relazione alla redazione dei piani sono un buon esempio non solo del processo di organizzazione dall'alto del complesso ambito della gestione associata tra i comuni dell'area, e tra questi e gli enti locali, le istituzioni e il privato sociale, ma anche di definizione dettagliata e

<sup>18</sup> Il PISR 2001 presenta i progetti obiettivo nella prima sezione, capitolo 5 “Dispositivi di piano” (§ 5.10) e li presenta come indicazioni per la programmazione di lungo periodo. Tali suggerimenti riguardano 5 aree specifiche: anziani e non autosufficienza; disabili e rete dei servizi integrati; prevenzione e cura delle dipendenze; tutela della salute mentale; assistenza materno infantile.

schematica delle diverse possibilità procedurali da intraprendere.

Nel PISR 2001 questo tema viene affrontato nel paragrafo 4.15 e nelle sezioni dell’“integrazione istituzionale” e dell’“integrazione operativa e gestionale” del paragrafo 4.16. In linea generale, si impone il “superamento delle ottiche settoriali: sviluppando il coordinamento e le sinergie tra i settori, potenziando le esperienze concertative tra le istituzioni, tra istituzioni e altri soggetti comunitari, tra organizzazioni, tra professionalità”. Si propone la creazione di “un sistema di regole condivise” e di un “sistema di responsabilità necessario per saldare le scelte politiche con quelle gestionali”, nonché “l’individuazione di percorsi amministrativi”. Nello specifico, poi, il PISR indica che devono essere individuate “configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento” e che deve essere costruito un “sistema a rete” su “base negoziale e contrattuale perché dipendono dalla capacità dei diversi soggetti promotori ed attuatori del piano di zona di trovare risposte gestionali unitarie”, e che tali processi devono condurre alla approvazione di una “Carta dei servizi sociali della zona”.

Il quadro della gestione associata è molto semplice ed efficace. È possibile adottare una serie di documenti normativi e di procedure organizzative, aggregati in 6 aree: gli atti formali sottoscritti da tutti i comuni della zona, in cui ricadono gli accordi di programma, i protocolli d’intesa e le convenzioni per la gestione associata<sup>19</sup>; i regolamenti per le prestazioni gestite in forma associata, che definiscono l’omogeneità delle procedure all’interno della zona; le carte dei servizi e di cittadinanza, che rispondono all’esigenza di rendere uniformi le procedure sia dal lato delle domanda che dell’offerta delle politiche socio sanitarie; la partecipazione alla definizione del processo di programmazione, dove vengono elencate le modalità con cui gli attori locali partecipano al processo decisionale; le Segreterie Tecniche, dove si ritrovano le indicazioni strutturali, organizzative e funzionali di tali organismi.

Ritornando alla tabella 3.1, vediamo quindi come i piani di zona hanno trattato in linea generale la questione della gestione associata. Una trattazione significativa di questi temi è stata fatta all’interno del 91% dei piani di zona (31) e in 24 casi

<sup>19</sup> Ricordiamo che dalla rilevazione dei piani di zona del 1999 era emerso che ai due accordi di programma previsti per la gestione associata in realtà si imponeva un gran numero di convenzioni che venivano sottoscritte dai comuni e dagli enti locali con le organizzazioni del privato sociale in relazione alla gestione degli interventi. Era emerso, inoltre, che la definizione di due tipi di accordo di programma era tutto sommato restrittiva della varietà di accordi che si possono siglare tra gli attori locali in tema di gestione associata. Nel 2001, invece, benché in un brano del paragrafo 5.1 del PISR si manifesti il proposito degli organi regionali nel predisporre uno schema tipo per gli accordi di programma e per i protocolli operativi, non vi è in realtà alcun vincolo formale alla gestione associata degli interventi, anzi, viene notevolmente aumentata la discrezionalità degli attori locali nel definire le procedure che rispondono meglio alle esigenze organizzative dell’area. Una soluzione a questi inconvenienti è stata però recentemente proposta nel nuovo PISR 2002-2004.

sono stati allegati i documenti indicati. Le zone che hanno sottoscritto un atto formale sono 30 (l'88%), mentre quelle che hanno adottato un regolamento unico sono 29 (l'82%). Le procedure che regolano l'accesso alle prestazioni erogate in ambito socio sanitario sono state descritte in 27 piani di zona (il 79%), mentre una carta dei servizi o di cittadinanza è stata adottata in 24 zone socio sanitarie. Inoltre, le modalità di partecipazione degli attori locali al processo di programmazione degli interventi sono state definite in 28 PdZ, mentre il modello organizzativo, la struttura e le funzioni delle segreterie tecniche sono state indicate in 32 piani.

Rispetto a questi dati è possibile aggiungere alcune considerazioni a carattere generale sulla tendenza che emerge in relazione al livello di concertazione raggiunto sia per quanto riguarda la programmazione degli interventi socio sanitari, sia per la loro gestione diretta.

Dall'analisi del quadro normativo di riferimento si evince che il complesso dei principi e degli strumenti della concertazione relativi alla fase della programmazione degli interventi è ricco e variegato. Sul piano concreto e operativo della concertazione, tuttavia, il modello che emerge risulta più frammentato e ristretto, sebbene di grande dinamismo.

Tradizionalmente, infatti, la Toscana rappresenta un territorio caratterizzato da un contesto istituzionale dove la regolazione politica degli interventi e la concertazione hanno assunto un ruolo maggiore che altrove, tanto nella sfera economica che in quella sociale. Dalla lettura dei PdZ del 2001 emerge che la programmazione delle politiche sociali di zona si colloca su tre diversi livelli di concertazione, riportati sinteticamente nella tabella 3.7.

Attori della concertazione	Tipo di concertazione	Livello della concertazione	3.7 LA CONCERTAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE POLITICHE SOCIALI IN TOSCANA
1 Regione, Provincia, Articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci, Comuni, Comunità Montane, Asl	Alto	Sovra zonale	
2 Provincia, Articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci, Comuni, Comunità Montane, Asl	Alto	Zonale	
3 Articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci, Comuni, Comunità Montane, Asl, Segreteria tecnica, Privato sociale, Organizzazioni rappresentative degli interessi della società civile	Basso	Zonale	

- Il primo si svolge ad un livello "sovra zonale" poiché prevede la partecipazione dei soggetti istituzionali di livello regionale, provinciale e comunale (Regione, Province, Comuni, Comunità montane e Asl) e rientra nel tipo "alto" di concertazione perché coinvolge solo gli attori di maggior livello istituzionale.

2. Il secondo si colloca ad un livello “zonale”, riguarda le province, i comuni e le conferenze zonali dei sindaci, le comunità montane e le Asl, ed afferisce anch’esso al tipo “alto” di concertazione perché coinvolge solo gli attori di maggiore livello istituzionale.
3. Il terzo tipo si riferisce alla singola “zona socio sanitaria” e si svolge ad un livello più vicino alla cittadinanza sociale (definito “basso” per questo motivo), ovvero tra gli attori locali deputati anche operativamente alla gestione delle politiche sociali del territorio: conferenze dei sindaci, comuni, comunità montane, Asl, privato sociale e organizzazioni rappresentative degli interessi della società civile.

Dall’analisi del processo di programmazione descritto nei piani di zona del 2001 si registra una grande propensione delle istituzioni ad includere i soggetti del privato sociale e le rappresentanze della società civile; tuttavia, i risultati sembrano essere inferiori alle aspettative. In particolare, di sicuro si può dire che nella maggior parte delle zone si registra il tentativo di adottare un modello “partecipativo” della programmazione, ovvero di mettere a regime un sistema stabile di discussione e di elaborazione degli interventi che coinvolge tutti i soggetti interessati. Allo stesso tempo, però, il sistema della programmazione mantiene un forte orientamento alla “comunicazione istituzionale”, cioè rappresenta un campo in cui i momenti adibiti alla concertazione vengono utilizzati per informare i soggetti coinvolti riguardo alle problematiche e alle priorità di intervento individuate, alla situazione sociale di zona in generale e agli interventi specifici programmati. Accanto a ciò, inoltre, sembra emergere anche il carattere “consultivo” del sistema, che prevede l’ascolto delle istanze delle istituzioni locali, dei rappresentanti del privato sociale e della società civile. Dunque, non emerge un quadro univoco della concertazione della gestione degli interventi, bensì un’immagine composita e variegata, dove emergono alcuni casi in cui tali processi sono stati istituzionalizzati e resi operativi in modo efficiente<sup>20</sup>.

Differentemente da quanto emerge sulla concertazione in fase di programmazione delle politiche sociali, nel caso dell’analisi relativa alla gestione degli interventi è necessario spostare la visione sul piano operativo e procedurale, dove è possibile guardare alla dotazione degli strumenti che le singole zone socio sanitarie toscane possiedono a tal fine. In questo ambito è stata misurata l’ampiezza dell’arena decisionale e il grado di istituzionalizzazione delle procedure. Infatti, rispetto a queste due variabili (ampiezza e istituzionalizzazione) gli strumenti adottati dalle zone per la gestione associata degli interventi possono esser collocati su un *continuum*. Ovvero, mentre l’accordo di programma prevede la partecipazione di un numero più ampio di soggetti e si colloca ad un livello più alto di istituzionalizzazione delle procedure, l’ado-

<sup>20</sup> In questi casi, infatti, i soggetti interessati sono stati coinvolti nella concertazione non solo in fase di gestione ma anche di programmazione stessa degli interventi, valorizzando notevolmente il ruolo del privato sociale e delle organizzazioni della società civile.

zione di convenzioni, protocolli di intesa e deleghe dei comuni, tende ad affievolire tali aspetti. Questo processo appare infatti ancora fortemente incentrato attorno alle sfere istituzionali tradizionali (comuni, province, comunità montane e Asl), è più difficile per altri soggetti (come i provveditorati agli studi, ad esempio) entrare nell'arena operativa, e risulta di difficile realizzazione la congiunzione tra le istituzioni politiche da un lato, il privato sociale (cooperative e volontariato, per esempio) e le rappresentanze della società civile (pensionati, casalinghe, ecc.) dall'altro.

Dalla lettura dei PdZ del 2001, inoltre, è riscontrabile una discreta eterogeneità in quanto all'utilizzo degli strumenti di gestione. Come mostra la tabella 3.8, 25 zone socio sanitarie su 32 hanno adottato almeno un accordo di programma per la gestione associata, 21 una convenzione, 5 un protocollo di intesa e in due casi sono state fatte deleghe da parte dei comuni<sup>21</sup>. Per quanto

3.8  
STRUMENTI E  
SOGGETTI DELLA  
GESTIONE  
ASSOCIAATA

	Strumenti				Soggetti				
	Accordo di programma	Convenzione	Protocollo d'intesa	Delega	Comuni	ASL	Province	Comunità Montane	Altri
Alta Val d'Elsa	1	1			x	x		x	
Alta Val di Cecina	2	1	1		x	x			
Amiata Grossetana				1	x			x	
Amiata Senese	1	1			x	x		x	
Apuane	2	1			x	x	x		2
Aretina	1				x	x			
Bassa Val di Cecina		1		1	x	x			
Casentino									
Colline Albegna	1	1			x	x			
Colline Metallifere		1			x				
Elba	1	1			x	x	x		
Empolese		1			x				
Firenze Sud Est	2	1			x	x			1
Firenze	1				x	x			
Firenze Nord Ovest	3	1			x	x	x		
Grossetana	1				x	x	x		
Livornese		1			x				
Lunigiana	1	1			x	x			
Mugello	2	1	1		x	x		x	
Piana di Lucca	1								
Pisana	1	1			x	x	x		
Pistoiese			1		x	x			
Pratese	1				x	x	x		
Senese	1	1	1		x	x	x		
Val di Chiana Aretina	1				x	x	x		
Val di Cornia	2	1			x	x	x		
Val di Nievole		1			x	x			
Valdarno Aretino	1				x	x	x		
Valdarno Inferiore	2				x	x	x		
Val d'Era	1				x	x	x		
Val di Chiana Senese	1	1			x	x	x		
Valle del Serchio	3	2	1		x	x			
Val Tiberina	1	1			x	x	x	x	
Versilia									
TOTALE	35	22	5	2	31	27	15		3
PDZ INTERESSATI	25	21	5	2				4	2

<sup>21</sup> In totale sono stati adottati 35 accordi di programma, 22 convenzioni, 5 protocolli d'intesa e 2 deleghe.

riguarda gli accordi di programma, nella maggior parte dei casi essi rappresentano un accordo trilaterale tra comuni, Asl e province, mentre le convenzioni restringono il campo degli attori coinvolti solo ai comuni e alle Asl. Dall'analisi del processo di programmazione descritto nei piani di zona (§ 4.5 dell'indice ideale) è evidente una grande propensione delle istituzioni sociali ad includere i soggetti del privato sociale e le rappresentanze della società civile; tuttavia, i risultati sembrano anche qui essere inferiori alle aspettative. Nella maggior parte delle zone, dunque, è chiaro il tentativo di adottare un modello "partecipativo" della gestione degli interventi, tuttavia, viene confermato l'orientamento alla comunicazione istituzionale e alla consultazione, che prevede l'ascolto delle istanze dei rappresentanti del privato sociale e della società civile.

Sempre in tema di gestione associata vediamo infine i dati riportati nella tabella 3.9, dove vi sono le frequenze dei regola-

3.9 I REGOLAMENTI ADOTTATI DALLE ZONE SOCIO SANITARIE	Gestione associata dei servizi	Accesso alle prestazioni	Regolamento di servizi specifici
Alta Val d'Elsa	1		1
Alta Val di Cecina	1	1	
Arniata Grossetana	1		
Arniata Senese		1	7
Apuane	1		
Aretina	1		1
Bassa Val di Cecina	1		7
Casentino			
Colline Albegna			
Colline Metallifere	1	1	
Elba			
Empolese	1	1	
Firenze Sud Est	1		
Firenze	1	1	
Firenze Nord Ovest	1		
Grossetana			
Livornese	1	1	
Lunigiana	1	1	
Mugello	1	1	
Piana di Lucca		1	
Pisana	1	1	
Pistoiese			
Pratese	1	1	
Senese	1	1	
Val di Chiana Aretina	1	1	
Val di Cornia	1	1	
Val di Nievole	1	1	
Valdarno Aretino	1	1	
Valdarno Inferiore	1	1	
Val d'Era			
Val di Chiana Senese	1	1	
Valle del Serchio	1	1	
Val Tiberina	1	1	
Versilia			
TOTALE	25	20	21
PDZ INTERESSATI	25	20	5

menti adottati per la gestione associata, quelli per l'accesso alle prestazioni e quelli relativi al funzionamento, alla gestione e all'accesso ai servizi specifici. Come si può vedere sono 25 le zone socio sanitarie che hanno adottato un regolamento unico per la gestione associata dei servizi, rivolti quindi al lato dei gestori degli interventi, e 20 quelle che ne hanno adottato uno per l'accesso alle prestazioni, rivolti quindi all'utenza. In 5 zone sono stati ratificati regolamenti in relazione ad alcuni servizi specifici; un processo che rende merito al tentativo di razionalizzare i singoli servizi erogati: soprattutto l'Amiata Senese, la Bassa Val di Cecina e Firenze Sud Est.

Detto questo, si può passare all'analisi della fase di attuazione dei programmi operativi e dei progetti approvati nei singoli piani di zona.

### **3.4 L'attuazione**

Con l'ambito dell'attuazione delle politiche socio assistenziali delle zone socio sanitarie toscane si giunge ai livelli delle prestazioni erogate e degli interventi specifici, e numerosi sono gli aspetti da esaminare. Innanzitutto, per il 2001 le zone, sebbene non siano state vincolate rigidamente nella documentazione di programmi e progetti operativi, avrebbero dovuto comunque indicare un set di informazioni di base (come la "tabella progetti approvati"<sup>22</sup>) da cui rilevare almeno il loro numero e le aree di intervento. Ma vi è una discreta disomogeneità della trattazione di questi aspetti all'interno dei PdZ: in molti casi le informazioni sono complete ma in alcuni sono risultate parziali; i programmi operativi si trovano in 25 PdZ e i progetti in 27, ed è soltanto in tre casi che ve ne è traccia.

Confrontando i dati relativi ai progetti e ai programmi operativi rilevati dalla lettura dei piani di zona ("dai PdZ") e quelli ufficiali comunicati dalla Regione ("ufficiali") la prima discrepanza si riscontra nel totale dei progetti e dei programmi approvati: 1146 ufficiali contro 815, il 29% in meno. Nella realtà sono stati approvati circa 33 progetti e programmi per ciascuna zona socio sanitaria, mentre dai piani di zona del 2001 ne risultano mediamente 26 (Tab. 3.10): all'interno dei piani di zona, quindi, si perdono le tracce di circa un terzo dei programmi e dei progetti approvati. Inoltre, rispetto alle singole zone gli scostamenti maggiori sono avvenuti al rialzo, cioè rappresentano la tendenza a documentare meno di quanto si fa concretamente: è evidente in particolare a Firenze Sud Est e nell'Empolese, ma anche nelle Apuane, Val d'Era e Senese. Per il resto delle zone, nella maggior parte dei casi lo scostamento è inferiore alle 6 unità.

<sup>22</sup> Come si vede dalla tabella 3.1, sono 29 i PdZ in cui compare questa tabella.

3.10 CONFRONTO DEI DATI RELATIVI A PROGETTI E PROGRAMMI OPERATIVI	Progetti e programmi operativi approvati	Differenza	Valori rilevati dai PdZ	Valori ufficiali
Firenze Sud Est	83	62	145	
Empolese	40	12	52	
Apuane	23	38	61	
Val d'Era	22	27	49	
Senese	20	4	24	
Piana di Lucca	16	44	60	
Livornese	10	15	25	
Valdarno Aretino	7	10	17	
MEDIA	7	26	33	
Val di Chiana Aretina	6	11	17	
Val Tiberina	6	12	18	
Valdarno Inferiore	6	19	25	
Val di Nievole	5	15	20	
Mugello	4	36	40	
Casentino	3	5	8	
Elba	3	14	17	
Grossetana	2	21	23	
Amiata Grossetana	1	9	10	
Firenze	1	73	74	
Val di Cornia	1	19	20	
Bassa Val di Cecina	0	15	15	
Lunigiana	0	20	20	
Val di Chiana Senese	0	20	20	
Valle del Serchio	0	26	26	
Amiata Senese	-1	23	22	
Pistoiese	-2	12	10	
Aretina	-3	45	42	
Firenze Nord Ovest	-5	51	46	
Colline Metallifere	-6	23	17	
Pisana	-6	68	62	
Alta Val d'Elsa	-10	24	14	
Alta Val di Cecina	-11	42	31	

Per quanto riguarda i progetti e i programmi operativi di cui vi è traccia all'interno dei piani di zona, nella tabella 3.11 si distingue chiaramente un gruppo di zone più dinamiche: le tre fiorentine, la Pisana e l'Aretina, la Piana di Lucca e l'Alta Val di Cecina. Le aree di intervento che hanno interessato il maggior numero di zone socio sanitarie sono quelle dei disabili (31 zone), i minori, gli anziani e le dipendenze. Infatti, i progetti e i programmi operativi hanno riguardato soprattutto l'area dei minori (nel 21,5% dei casi), quella degli anziani (19,6%), dei disabili (18,8%) e delle dipendenze (13,5%).

Un trend simile si registra anche dai dati ufficiali, così come riportato nel grafico 3.12. Per numerosità spicca la zona di Firenze Sud Est, con 145 progetti e programmi approvati, seguita da Firenze e Prato (74), Pisa, Lucca e Apuane (attorno ai 60 interventi); sul versante opposto, invece, ci sono i casi del Casentino, Colline dell'Albegna, Amiata Grossetana e Pistoiese, con circa 10 interventi ciascuno.

Nelle 6 aree tradizionali di intervento tutte le zone socio sanitarie hanno approvato interventi concreti, ma è in quella dei minori che l'impegno è stato massimo, ben 275 attività

	Famiglia	Minori	Anziani	Disabili	Dipendenze	Immigrati	Giovani	Salute mentale	Detenuti	Altro	TOTALE
Alta Val d'Elsa	5	8	1	1	4	1	1	1	3	3	24
Alta Val di Cecina	4	8	12	10	4	4	4	4	1	42	9
Amiata Grossetana	1	2	2	2	1	1	1	1	1	23	23
Amiata Senese	2	2	6	4	6	5	4	5	6	38	45
Apiane	13	5	9	4	11	9	8	4	2	14	15
Aretina	3	4	11	1	1	4	1	1	4	23	5
Bassa Val di Cecina	3	5	1	1	1	1	1	1	2	12	12
Caerentino		1	1	1	1	1	1	1	1	14	14
Colline Metallifere	1	3	4	4	2	2	1	1	2	21	21
Elba	2	4	2	6	2	1	2	1	2	15	15
Empolese	1	2	6	2	1	1	1	1	1	36	36
Firenze Sud Est	11	11	12	15	3	6	3	1	1	68	73
Firenze	12	2	16	11	17	5	2	2	8	51	51
Firenze Nord Ovest	17	7	11	7	11	7	9	9	2	23	23
Grossetana	1	5	3	3	6	1	1	1	2	31	31
Livornese	2	1	3	7	2	2	2	2	2	26	26
Lunigiana	1	4	3	1	3	3	2	2	1	20	20
Mugello	13	8	6	6	6	3	3	3	1	44	44
Piana di Lucca	7	18	10	4	5	5	10	1	1	5	68
Pisana	1	20	9	15	5	5	1	1	1	3	12
Pistoiese		5	1	1	1	1	1	1	1	4	4
Senesse		2	2	2	1	1	1	1	1	11	11
Val di Chiana Aretina	1	2	3	2	1	1	1	1	1	19	19
Val di Cornia	2	7	2	6	2	2	2	2	2	15	15
Val di Nievole		4	2	2	4	1	1	1	1	19	19
Valdarno Aretno		3	2	2	1	1	1	1	1	27	27
Valdarno Inferiore	1	2	6	7	2	1	1	1	1	20	20
Val d'Era	2	8	4	6	2	2	2	2	3	6	6
Val di Chiana Senese		3	5	6	2	2	2	2	2	26	26
Vale del Serchio	2	5	3	2	4	1	1	1	1	12	12
Val Tiberina		2	5	3	2	1	1	1	1	46	46
TOTALI	78	175	160	154	110	66	9	15	2	815	91,2
PDZ INTERESSATI	22	30	31	28	24	5	8	23,5	2	31	38,2
% SU TOTALE PDZ	64,7	88,2	91,2	82,4	70,6	14,7	23,5	5,9	1,3	26,3	3,5
MEDIA	3,5	5,8	5,3	3,9	2,8	1,8	1,9	1,0	1,0		

(Tab. 3.13). Per gli anziani gli interventi approvati sono 221, per i disabili 181, per le dipendenze 161, per immigrati e famiglie 101 rispettivamente, 15 per i detenuti e 12 per la salute mentale<sup>23</sup>. Il campo dei minori risulta quindi più ricco di inter-

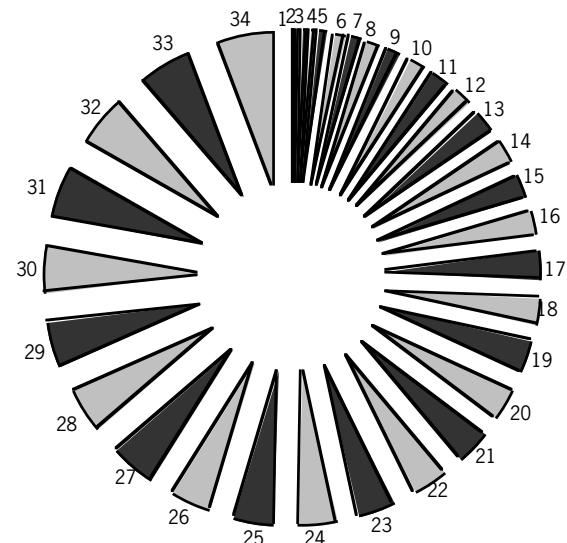
3.11  
PROGETTI E  
PROGRAMMI  
OPERATIVI  
APPROVATI  
Valori rilevati dai PdZ

<sup>23</sup> Nella categoria “altro” rientrano: povertà, disagio sociale, prostituzione, casa, aiuto personale, organizzazione, formazione, ricerca, comunicazione, ecc..

---

1. Alta Val d'Elsa	1%
2. Alta Val di Cecina	3%
3. Amiata Grossetana	1%
4. Amiata Senese	2%
5. Apuane	5%
6. Aretina	4%
7. Bassa Val di Cecina	1%
8. Casentino	1%
9. Colline Albegna	1%
10. Colline Metallifere	1%
11. Elba	1%
12. Empolese	5%
13. Firenze Sud Est	13%
14. Firenze	6%
15. Firenze Nord Ovest	4%
16. Grossetana	2%
17. Livornese	2%
18. Lunigiana	2%
19. Mugello	3%
20. Piana di Lucca	5%
21. Pisana	5%
22. Pistoiese	1%
23. Pratese	6%
24. Senese	2%
25. Val di Chiana Aretina	1%
26. Val di Cornia	2%
27. Val di Nievole	2%
28. Valdarno Aretino	1%
29. Valdarno Inferiore	2%
30. Val d'Era	4%
31. Val di Chiana Senese	2%
32. Valle del Serchio	2%
33. Val Tiberina	2%
34. Versilia	3%

---



3.12  
PERCENTUALI DI  
PROGRAMMI E  
PROGETTI PER ZONA  
SOCIO SANITARIA  
Valori ufficiali

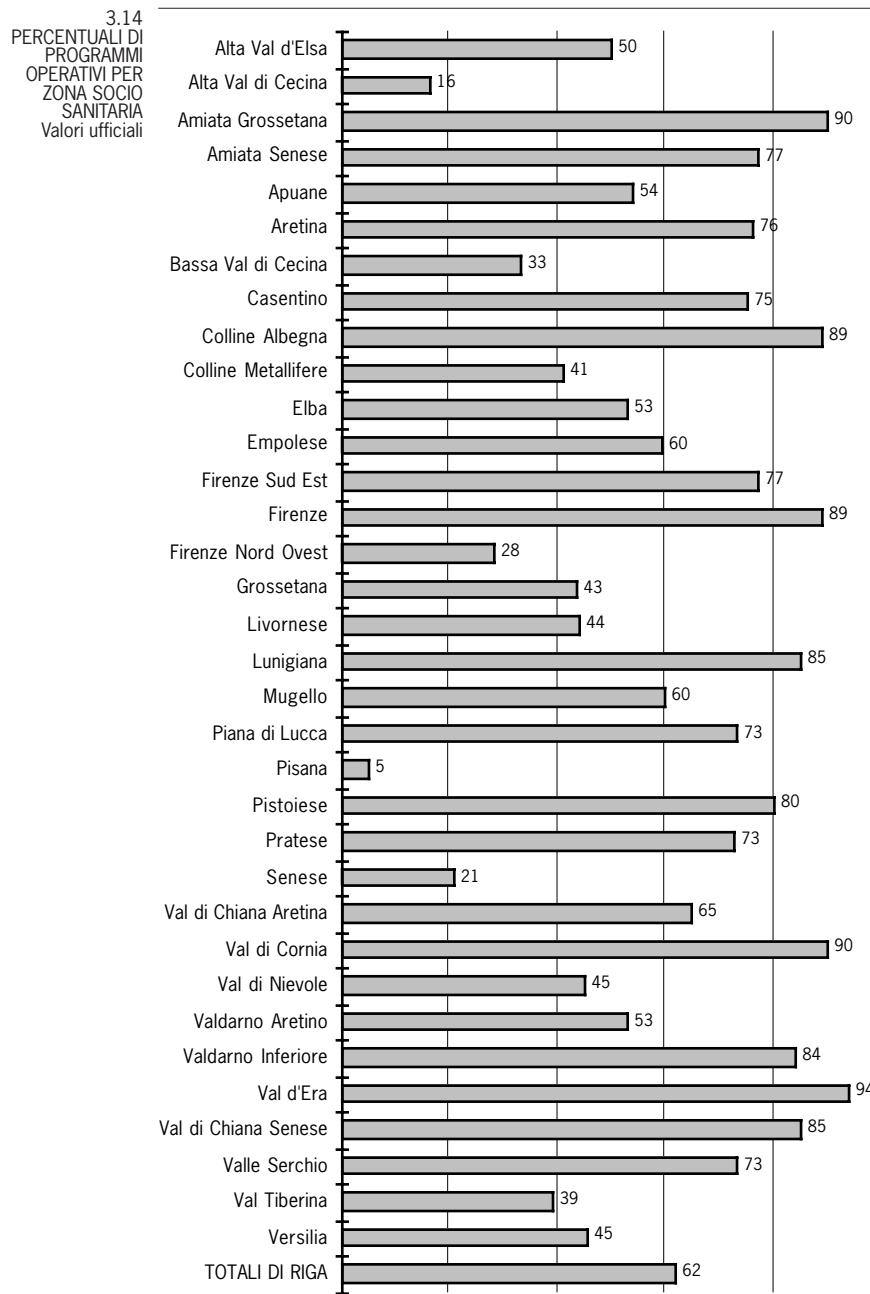
venti, soprattutto nelle zone di Firenze Sud Est, Pratese, Apuane e Pisana, mentre per gli anziani si sono mobilitati maggiormente a Firenze Sud Est, Prato, Firenze, Lucca, e per i disabili nelle zone fiorentine, nella Pisana e in quella Livornese. Tra le altre aree sembra interessante il dato relativo ad una presenza maggiore di interventi sul campo delle dipendenze in due contesti diversi come l'area metropolitana del centro storico di Firenze e le Apuane, e quello degli immigrati nelle zone di Pisa e Firenze Sud Est. Infine, tra gli altri emergono anche i 6 interventi per i detenuti dell'Empolese e gli 11 per la casa di Firenze Sud Est.

Un altro importante dato strutturale sugli interventi attuati riguarda la distinzione tra programmi e progetti, i primi di titolarità pubblica, Asl e comuni, e i secondi delle organizzazioni del privato sociale. In generale, il numero dei programmi operativi si aggira attorno al 62% del totale (si veda il grafico 3.14), ma vi sono notevoli differenze tra le zone. I casi in cui il settore pubblico detiene una sorta di monopolio della titolarità sul campo sono numerosi: in Val d'Era, nell'Amiata Grossetana, in Val di Cornia, a Firenze, nelle Colline dell'Albegna, nella Lunigiana, nella Val di Chiana Senese e nel Valdarno Inferiore, con più dell'80% degli

Famiglia	Minori	Minori	Minori	Anziani	Disabili	Dipendenze	Immigrati	Giovani	Salute mentale	Deterenti	Altro	TOTALE
Alta Val d'Elsa	1	1	3	1	2	3	1	3	3	2	14	31
Alta Val di Cecina	3	3	2	7	5	4	3	1	1	1	10	22
Amiata Grossetana	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	61	61
Amiata Senese	1	12	9	6	4	6	15	5	5	2	2	42
Apuane	4	4	1	9	4	4	8	4	1	1	8	8
Aretina	3	4	1	4	1	2	1	1	1	1	2	17
Bassa Val di Cecina	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	17	9
Casentino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	17
Colline Altegna	1	1	1	1	1	2	3	5	2	2	1	52
Colline Metallifere	1	1	3	1	3	5	2	1	1	1	1	145
Elba	2	2	7	10	5	9	6	18	3	6	12	74
Empolese	4	2	18	34	26	5	18	5	4	10	10	46
Firenze Sud Est	11	14	18	16	11	18	5	9	9	3	3	23
Firenze	12	2	3	7	6	7	6	1	1	2	2	25
Firenze Nord Ovest	5	9	3	3	2	3	6	1	1	1	1	40
Grossetana	1	4	3	2	2	1	1	2	3	1	1	20
Livornese	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	60
Lucignana	4	7	11	8	6	6	3	6	6	1	1	62
Mugello	4	2	10	15	7	7	2	10	5	1	1	10
Piana di Lucca	4	10	6	15	9	12	5	1	1	2	6	26
Pisana	1	14	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pistoiese	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Praiano	5	10	13	19	19	6	6	5	5	1	9	74
Senese	2	2	2	7	1	1	3	7	1	1	1	24
Val di Chiana Aretina	1	2	1	4	4	6	1	1	1	1	17	17
Val di Cornia	2	3	4	2	2	6	2	2	5	1	1	20
Val di Nevole	1	1	1	9	1	4	4	1	1	1	1	49
Valdarno Arezzo	1	1	1	2	6	7	2	5	3	3	1	25
Valdarno Inferiore	1	1	1	8	14	4	5	2	1	1	1	26
Val d'Era	11	3	2	1	1	4	4	5	1	1	1	18
Val di Chiana Senese	1	3	6	1	4	4	3	2	1	2	1	20
Valle del Serchio	2	2	2	3	5	3	2	1	1	1	1	1
Val Tiberina	2	2	7	4	3	4	1	1	1	1	10	33
Versilia	2	2	140	221	181	101	3	12	15	76	1146	3.13
TOTALI DI RIGA	101	135	34	32	34	34	1	7	7	22	34	PROGETTI E PROGRAMMI OPERATIVI APPROVATI
PDZ INTERESSATI	34	34	94,0	100,0	100,0	100,0	3,0	2,9	20,6	64,7	100,0	Valori ufficiali
% SU TOTALE PDZ	100,0	100,0	4,1	6,5	5,3	4,7	0,1	0,4	0,4	2,2	33,7	MEDIA

interventi. Dove invece si verificano situazioni opposte, i progetti hanno molto più spazio dei programmi operativi solo nella Pisana e nell'Alta Val di Cecina, mentre in Bassa Val di Cecina, Firenze Nord Ovest, Senese e Val Tiberina, il terzo settore detiene la

3.13  
PROGETTI E  
PROGRAMMI  
OPERATIVI  
APPROVATI  
Valori ufficiali



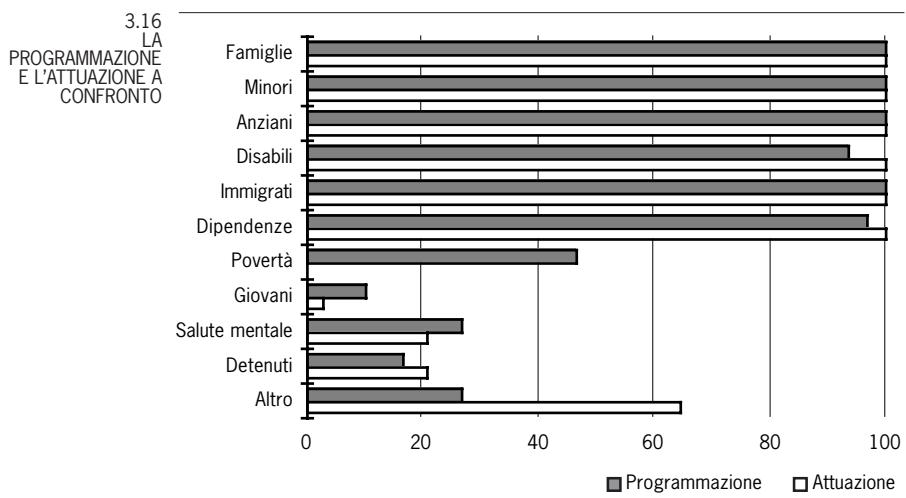
titolarità di circa il 40% del totale degli interventi. Ma cosa si può dire delle aree di intervento che hanno interessato programmi e progetti? Nella tabella 3.15 viene riportato il numero delle aree di intervento coinvolte nei programmi e progetti riportati nei piani di

	Progetti e programmi operativi approvati (ufficiali)	Progetti e programmi operativi approvati (dal PdZ)	Programmazione	Diff. Ufficiali PdZ	Diff. Progr. PdZ	Diff. Progr. Ufficiali
Alta Val d'Elsa	8	8	7		-1	-1
Alta Val di Cecina	9	6	9	3	3	
Amiata Grossetana	7	6	6	1		-1
Amiata Senese	8	8	7		-1	-1
Apuane	9	6	10	3	4	1
Aretina	8	7	7	1		-1
Bassa Val di Cecina	7	6	7	1	1	
Casentino	7	5	4	2	-1	-3
Colline Albegna	8		8		8	
Colline Metallifere	8	7	6	1	-1	-2
Elba	7	5	6	2	1	-1
Empolese	10	5	7	5	2	3
Firenze Sud Est	10	8	9	2	1	-1
Firenze	7	8	8	-1		1
Firenze Nord Ovest	7	5		2		
Grossetana	8	7	8	1	1	
Livornese	8	5	6	3	1	-2
Lunigiana	8	10	6	-2	4	-2
Mugello	7	5	7	2	2	
Piana di Lucca	10	5	9	5	4	-1
Pisana	9	10	9	-1	-1	
Pistoiese	8	6		2		
Pratese	9		9		9	
Senese	8	2	7	6	5	-1
Val di Chiana Aretina	8	7	6	1	-1	-2
Val di Cornia	7	5	7	2	2	
Val di Nievole	7	6	6	1		-1
Valdarno Aretino	9	4	8	5	4	-1
Valdarno Inferiore	8	6	6	2		-2
Val d'Era	8	7	7	1		-1
Val di Chiana Senese	8	6	6	2		-2
Valle del Serchio	8	8	7		-1	-1
Val Tiberina	7	4		3		
Versilia	8					
MEDIA	8	6,2	7,2	2	1,6	-1,3

zona, nelle tabelle ufficiali della Regione Toscana e quelle elencate in sede di programmazione, all'interno dei PdZ (vedi la sezione della programmazione di questo testo, § 3.2). Dalla comparazione di questi dati viene anzitutto confermata la tendenza a produrre un numero di interventi maggiore di quanto risulta nella documentazione del piano di zona, sia in confronto con i dati reali che con le aree di intervento programmate. Ma il dato più significativo è quello relativo alle differenze tra il numero delle aree di intervento indicate in sede di programmazione e quello delle aree interessate dai programmi e progetti concreti risultati dai dati ufficiali (ultima riga nella tabella 3.15). Ora la tendenza è diversa: si programma riguardo ad un numero di aree di intervento inferiore rispetto al numero di quelle che realmente vengono interessate dagli interventi realizzati sul campo. Ovvero, programmi e progetti spaziano in un numero di campi del sociale maggiore di quello che era stato previsto e richiesto durante la loro programmazione.

### 3.15 AREE DI INTERVENTO INTERESSATE DA PROGRAMMI E PROGETTI

Le differenze tra il piano della programmazione e quello dell’attuazione sono state rappresentate più approfonditamente nel grafico 3.16, dove si leggono le percentuali delle aree di intervento nelle due fasi. Sia per la programmazione che per l’attuazione le 6 aree tradizionali di intervento sono state affrontate abbondantemente in tutte le zone, tuttavia, emerge una differenza quasi simmetrica tra il campo delle povertà e quello della categoria residuale “altro”<sup>24</sup>.



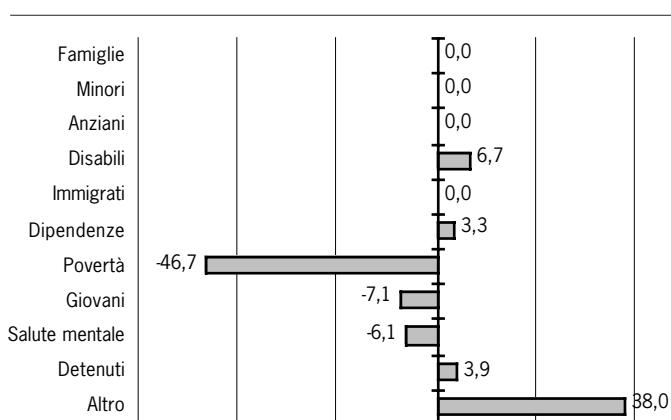
Lo scarto tra le indicazioni della programmazione in tema di povertà e quello che risulta dai dati, nonché l’impennata dei diversi interventi che ricadono nella categoria residuale, emergono molto chiaramente anche dal grafico 3.17. Ad ogni modo, qui il dato di maggior rilievo sembra essere quello della perfetta corrispondenza tra programmazione ed attuazione degli interventi nel campo delle famiglie, dei minori, degli anziani e degli immigrati, mentre le altre aree oscillano entro margini contenuti.

In conclusione vediamo l’immagine di un indice di coerenza dei piani di zona calcolato dal rapporto tra le aree di intervento citate in programmazione e quelle realmente interessate da progetti e programmi operativi, ovvero un indice della coerenza tra la sfera della programmazione degli interventi e quella della realizzazione concreta degli stessi (Graf. 3.18<sup>25</sup>). Le zone socio sanitarie che hanno totalizzato 1 mostrano la massima corrispondenza tra le aree indicate in programmazione e quelle su cui poi sono realmente intervenuti, il 37% dei casi. In un altro 37% di PdZ iniziano a vedersi le differenze più lievi -

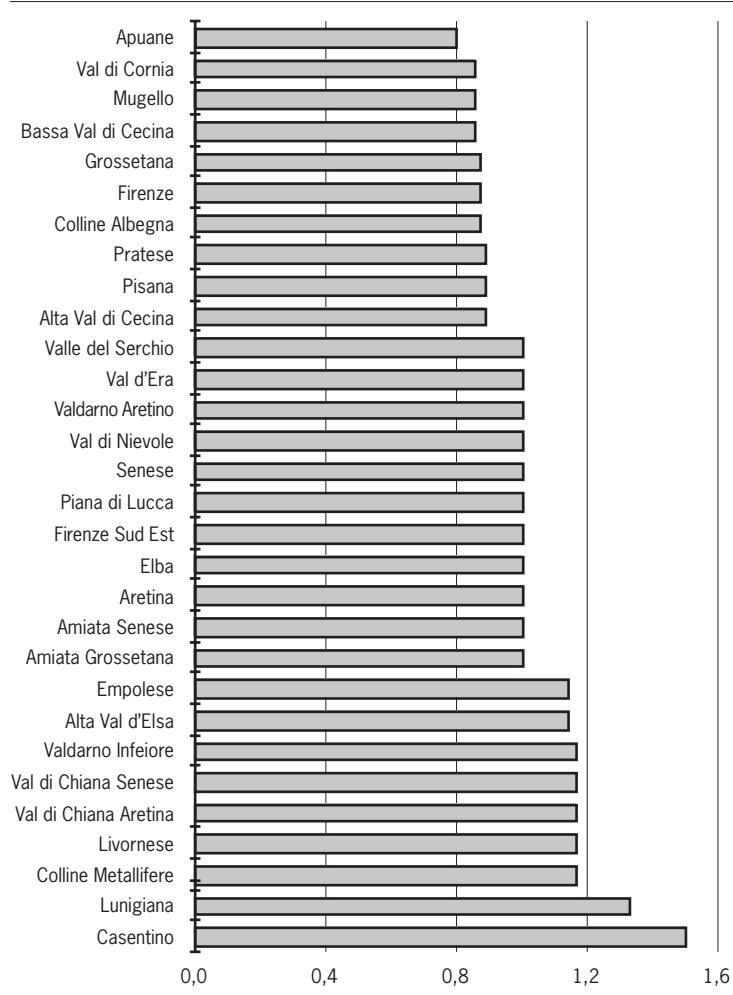
<sup>24</sup> È molto probabile che, per questioni di classificazione, gli interventi nel campo specifico della povertà siano confluiti in quella residuale.

<sup>25</sup> Il valore dell’indice deve tendere a 1 e i PdZ su cui è stato possibile calcolare questo indice sono 30.

3.17  
SCARTO  
PROGRAMMAZIONE/  
ATTUAZIONE



3.18  
INDICE DI  
COERENZA  
PROGRAMMAZIONE/  
ATTUAZIONE



che mostrano in particolare la tendenza delle zone a programmare su un numero di aree inferiore rispetto a quanto poi non si faccia concretamente- e nel 20% ancora più acute; tuttavia, è solo in due casi che lo scostamento tra le due sfere risulta più netto.

### **3.5 Le risorse finanziarie**

Sul piano dell’analisi delle risorse finanziarie programmate per l’attuazione delle politiche sociali e socio sanitarie erogate alle singole zone sono stati fatti importanti passi in avanti e molto è cambiato in questo ambito rispetto ai risultati della rilevazione condotta sui PdZ del 1999. In quell’occasione, infatti, l’analisi delle risorse finanziarie era stata effettuata a valle del processo di implementazione delle politiche pubbliche, tratta dai prospetti dei singoli progetti approvati. Era solo dalla lettura di ogni singolo progetto che si è giunti ad individuare, seppure con alcuni limiti, le quote di finanziamento gestite dalle singole zone socio sanitarie, quanto era stato destinato in “gestione” dei progetti, ovvero nell’erogazione dei servizi all’utenza, e quanto in “investimenti”, rivolto cioè alle strutture fisiche (immobili, strumentazione, mezzi di trasporto, ecc.), quindi dal lato delle spese, ma anche della provenienza delle risorse economiche, delle entrate. Sui piani di zona del 2001 questo tipo di analisi non è stata possibile poiché diversi sono gli ambiti su cui si distribuiscono le risorse finanziarie.

I mutamenti che sono intervenuti in quest’area hanno influito notevolmente sull’ottica con cui si guarda a questi dati. Il nuovo modo di intendere la gestione delle risorse finanziarie risponde al tentativo di razionalizzare questo complesso settore. Ma a prescindere dalle considerazioni a carattere generale, quello che preme sottolineare è proprio la direzione di tale mutamento. Così come abbiamo visto per gli indirizzi programmatici e le priorità di intervento indicate a livello nazionale (dalla L. 328/00) e regionale (dalla L.R. 72/97 e dal PISR 2001), anche in questo caso sul piano politico, a monte quindi, si è giunti ad individuare alcuni criteri specifici e ben definiti di determinazione e utilizzo delle risorse finanziarie, unici per tutte le zone socio sanitarie.

In base a questi criteri, le fonti principali di finanziamento delle politiche sociali, socio assistenziali e socio sanitarie, si possono ricondurre a due ambiti: il Fondo Regionale per l’Assistenza Sociale (FRAS) e il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS). Come viene ampiamente indicato nel PISR 2001<sup>26</sup> per entrambi i fondi vi sono diversi modi di finanziare le zone. Per quanto riguarda il FRAS la ripartizione avviene

<sup>26</sup> All’interno del PISR 2001 i capitoli 3 e 4 sono quasi interamente dedicati al programma finanziario e indicano la ripartizione delle quote finanziarie.

verso le singole zone socio sanitarie (§ 4.2 del PISR 2001) e a favore degli interventi della Regione Toscana (§ 4.3). Nel primo caso vi è dapprima un’attribuzione diretta delle risorse ai singoli comuni delle zone sulla base di parametri e indicatori, per lo più a carattere demografico e sociale (§ 4.2.1), segue la determinazione delle quote destinate alle zone per i programmi operativi (§ 4.2.2) e quella degli incentivi a favore dell’esercizio associato delle funzioni sociali (§ 4.2.3), cioè quello della gestione associata. Nel secondo caso, anche qui si ha una prima ripartizione delle risorse riservate alla Regione per i progetti e le azioni contenute nel PISR<sup>27</sup> (§ 4.3.1), a cui fanno seguito quelle per finanziare progetti di investimento di enti locali e Asl, quindi sul lato specifico degli interventi alle strutture fisiche (§ 4.3.2), e infine delle risorse per la realizzazione di interventi previsti da normative di settore (§ 4.3.3)<sup>28</sup>.

La ripartizione del FNPS segue un’articolazione meno complessa e si sviluppa in due ambiti principali. Nel primo (§ 4.4) si determinano le quote da destinare ai comuni e alle zone socio sanitarie e vengono definiti prima i budget delle zone per il finanziamento dei progetti e dei programmi operativi (§ 4.4.1) e poi quelli per i Piani territoriali di contrasto alla povertà (§ 4.4.2). Il secondo ambito eroga alla Regione risorse economiche per lo sviluppo di servizi innovativi e per i progetti di iniziativa regionale (§ 4.5). Qui, inoltre, si distribuiscono risorse sia per lo sviluppo di interventi previsti dal piano nazionale<sup>29</sup> (§ 4.5.1), che per finanziare progetti di interesse regionale e azioni a carattere innovativo o sovrazonale (§ 4.5.2).

Le indicazioni sulla gestione finanziaria delle singole zone socio sanitarie all’interno dei piani sono quindi determinate a monte. Tuttavia riportare tali informazioni all’interno dei PdZ risponde all’esigenza di razionalizzazione e di chiarezza (nonché di controllo) attorno alle procedure adottate per tali politiche. I piani in cui questo intento viene esplicitato in qualche modo, seppur minimo, rappresentano il 91% del totale, ma è solo in 9 PdZ che vengono riportati i dati completi, sia a livello comunale che di ente.

Dal punto di vista sostanziale, all’interno di questa area possiamo distinguere tra due aspetti principali con cui rilevare i dati finanziari: il primo si riferisce al piano finanziario dell’ente o dei comuni e il secondo ai criteri specifici di utilizzo delle risorse, cioè alle ripartizioni del FRAS e del FNPS. Nel primo caso abbiamo rilevato la presenza di una serie di tabelle sintetiche: il piano finanziario dell’ente per zona socio sanitaria e

<sup>27</sup> Si tratta dei cosiddetti “programmi di iniziativa regionale” (seconda sezione, capitolo 6 del PISR 2001): valutazione sociale, qualità sociale, livelli di assistenza e cittadinanza sociale, innovazione dell’integrazione socio sanitaria, reti di solidarietà e povertà estreme, progetto speciale giovani.

<sup>28</sup> Si tratta, in particolare, delle leggi regionali 100/98 e 34/00.

<sup>29</sup> A questo proposito le aree interessate sono quello dell’“avvio della riforma”, dei “livelli di assistenza” e della “valutazione sociale”.

per comune, la tabella del budget di zona<sup>30</sup> e la tabella relativa alle quote destinate a programmi operativi e progetti per area di intervento (disabili, famiglia, ecc.)<sup>31</sup>. Nel secondo caso abbiamo rilevato l'adesione ai singoli paragrafi relativi ai criteri di ripartizione e utilizzo delle risorse finanziarie del FRAS e del FNPS. Le informazioni finanziarie relative ai piani e alle tabelle sono contenute nell'82% del totale dei piani di zona, mentre quelle sulla ripartizione dei fondi regionali e nazionali raggiungono il 44%.

### **3.6 L'innovazione**

In questa sezione si vuole dare peso agli elementi di innovatività e di sperimentazione presenti nei piani di zona e alle conseguenze che alcuni strumenti hanno nel determinare le tendenze future. Questa sezione si concentra su tre capitoli distinti di azioni. Innanzitutto, si è scelto di includere nell'analisi il Piano di comunicazione sociale sulla base della valutazione degli effetti di lungo periodo che tale intervento intende produrre: un mutamento culturale nella percezione degli interventi a carattere socio sanitario, che nasce proprio da un cambiamento strutturale della natura degli interventi di questo tipo. In altre parole, si vuole fornire e diffondere conoscenza attorno ai servizi erogati e, allo stesso tempo, impostare un nuovo modo di intendere le politiche sociali: in ultima analisi, questo piano serve a dare consapevolezza circa il mutamento delle politiche socio sanitarie delle singole zone<sup>32</sup>.

Oltre a ciò, l'analisi comprende la rilevazione del Piano territoriale per il contrasto alla povertà, in virtù della centralità che riveste tra le priorità della programmazione indicate nel § 1.8 del PISR 2001 e perché questo strumento presta “attenzione alle tipologie sinora non direttamente interessate da interventi settoriali specifici”. Un intervento a chiara matrice innovativa e sperimentale, che si rivolge ad ambiti poco conosciuti; piani la cui sperimentazione sarà sicuramente la base per le evoluzioni, le correzioni e gli aggiustamenti che le singole zone, ma anche gli organi regionali e nazionali, apporteranno in futuro. Inoltre, a questo proposito ricordiamo che uno dei criteri di utilizzo delle risorse del FNPS riguarda proprio il finanziamento di queste azioni<sup>33</sup>. La terza sezione di analisi dell'area dell'innovazione riguarda l'ap-

<sup>30</sup> Come viene espresso nel § 4.6 del PISR 2001, questa tabella riporta le percentuali minime di risorse destinate alle aree “tradizionali” di intervento, da cui rimane una quota del 25% che può essere ripartito con maggiore discrezionalità tra le priorità di intervento.

<sup>31</sup> Le denominazioni di queste tabelle si trovano anche all'interno del PISR 2001 e nelle indicazioni regionali per la redazione dei piani di zona.

<sup>32</sup> Gli obiettivi e la natura del Piano di comunicazione sociale sono trattati ampiamente nel § 4.14 del PISR 2001.

<sup>33</sup> Ma occorre ricordare che le azioni di contrasto alla povertà vengono ulteriormente specificate nel § 5.9 del PISR 2001 e che a questo proposito c'è da considerare anche il Piano di iniziativa regionale (PIR) “Reti di solidarietà e povertà estreme”, citato nel § 6.5.

provazione dei progetti di interesse regionale e a carattere innovativo o sovrazonale nei settori specificati nel PISR (i punti a-e del § 4.5.2).

Dai dati emerge che le zone che hanno previsto interventi in almeno uno di questi ambiti rappresentano ben l'88% circa del totale, 30 piani su 34, ma è solo in quello dell'Elba che sono stati attivati tutti i tipi di intervento. Il Piano di comunicazione sociale è l'intervento innovativo più utilizzato dalle zone socio sanitarie, nell'82% dei casi, mentre per gli altri due casi le percentuali si riducono notevolmente: il piano povertà interessa il 30% circa dei piani e i progetti innovati solo il 12%. Infine, in relazione ai soli casi in cui sono stati previsti progetti innovativi (4), sono stati rilevati interventi specifici che hanno interessato le seguenti aree: famiglia, anziani, minori, disabili, dipendenze, disagio sociale e formazione.



#### 4. CONCLUSIONI

Sulla base di quanto è emerso dall'analisi dei piani di zona del 2001, le osservazioni che si possono fare alla fine di questo studio sono molteplici. A molte domande specifiche si è già risposto nel corso della trattazione dei contenuti delle aree di interesse, ma alcune rimangono ancora senza risposta, questioni che riguardano l'intero processo di sviluppo delle politiche sociali in Toscana. Ad esempio, quali sono le direzioni generali del mutamento del sistema di *welfare*? Si va verso un modello universalistico o privatistico delle politiche sociali? Qual è la sua coerenza coi mutamenti della società? Vi sono elementi di dinamismo o di staticità in questi processi? Come si configura il rapporto tra il centro e la periferia, ovvero tra il livello politico e quello concreto dell'implementazione? Quali sono i margini della programmazione di tali interventi? Quali i caratteri innovativi del mutamento in corso?

Il modello strutturale delle nuove politiche sociali non è ancora del tutto definito; il processo è lento e gli effetti si possono cogliere solo nel medio e lungo periodo. Tuttavia, le direzioni dello sviluppo sono ben chiare e decise. La legge regionale 72/97 e la legge 328/00 hanno dato un forte imprinting alla definizione di tale modello; il PISR 2001, poi, si è preso carico delle indicazioni legislative e le ha plasmate al modello locale di sviluppo delle politiche sociali: i piani di zona ne sono il risultato ultimo. Il mutamento sembra quindi essere ormai saldamente legato a questi importanti strumenti normativi e il processo di razionalizzazione del sistema di *welfare* sociale è immesso nelle coordinate dettate in questi ambiti. Inoltre, il processo di sviluppo diretto dall'alto trova un terreno fertile e dinamico negli attori locali, e riceve dal basso un'importante spinta alla razionalizzazione. Una sorta di *feedback* che crea un circolo virtuoso tra il livello della politica e del processo decisionale e quello dell'attuazione concreta delle politiche sociali. Il ruolo che svolgono le istituzioni nazionali, regionali e quelle intermedie, gli enti locali e i comuni, è di cruciale importanza per la definizione delle linee guida del mutamento, ma è a livello degli operatori che si gioca l'intera partita. È infatti da questo nucleo che si alza una *voice* di maggiore razionalizzazione e impegno in questo ambito.

Il processo di sviluppo sembra quindi ancorato ad alcuni punti cardine, ma è allo stesso tempo dinamico e in continua evoluzione. Vi sono alcune direttive che devono essere seguite

in maniera rigida, ma esse stesse prevedono di essere plasmate e modellate alle specifiche esigenze, alle peculiarità delle singole zone socio sanitarie e del tempo. Per questo motivo, il modello verso cui si sta evolvendo diventa più complesso e ricco che in passato. Gli ambiti specifici a cui si rivolgono le politiche sociali, ad esempio, seppure siano ben definiti, in virtù del processo di integrazione con gli altri tipi di politiche (sanitarie, educative, del lavoro, assistenziali, ecc.) sfumano i contorni, e i confini tra l'uno e l'altro si confondono. Inoltre, come abbiamo visto, il legame tra le politiche erogate in questo ambito e le reali caratteristiche sociali del territorio sembra essere piuttosto solido: servizi sociali efficaci partono da una buona conoscenza delle specificità dell'area.

L'ampiezza delle aree interessate da questi interventi rende il modello di sviluppo alquanto ambiguo da alcuni punti di vista, non per questo instabile o incerto. Se da un lato, infatti, esso si orienta a principi universalistici che investono non solo il piano culturale delle politiche sociali, ma anche quello concreto della loro implementazione, dall'altro il forte legame col territorio è all'origine dell'adozione di un approccio di tipo "particolaristico" delle performance sociali, legato cioè all'idea di fornire servizi alla persona altamente specializzati. Vi sono infatti sia interventi a carattere collettivo che individuale, così com'è nello spirito con cui si deve intendere il nuovo *welfare* locale.

In questo senso l'aspetto della programmazione risulta di cruciale importanza per capire il modello che si sta affermando. Nel corso dell'analisi dei contenuti è emersa con forza la rilevanza che assume questo ambito nelle singole zone socio sanitarie, dove l'approvazione degli interventi segue criteri specifici e calibrati alle reali esigenze del territorio. Come abbiamo detto vi sono ampi margini discrezionali per elaborare interventi specifici legati alle peculiarità dell'area, ma abbiamo anche rilevato che la coerenza tra le azioni implementate a livello di zona e le indicazioni regionali e nazionali in termini di priorità di intervento è decisamente alta.

L'aspetto della programmazione si lega a quello dell'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie, che possiamo definire come la direttrice principale del modello attorno al quale si sta formando il nuovo *welfare* sociale toscano. Non vi sono dubbi ormai che tale principio ha trovato in questa regione un terreno fertile per la sperimentazione e che, allo stato attuale, ha raggiunto un elevato grado di maturazione. All'interno dei piani di zona vi sono infatti numerosi elementi che portano a considerare questo aspetto delle politiche sociali ormai ampiamente consolidato sia in fase decisionale che di attuazione. Vi è un notevole intreccio di settori coinvolti in ogni singolo intervento: soggetti di diverso tipo e servizi di natura diversa si combinano in progetti specifici e altamente differenziati. Tutto ciò ha ovviamente un effetto sul livello di

innovazione che caratterizza il modello che si sta affermando. Da questo punto di vista, il terreno istituzionale, politico, sociale, economico e professionale che questa regione fornisce pone la Toscana all'avanguardia sul piano dell'innovazione nelle politiche socio sanitarie.



**... recentemente pubblicati nella stessa collana**

**Anno 2000**

- *La qualità dei servizi sanitari in Toscana. I risultati di un'indagine campionaria*, R. Caselli
- *La mobilità nell'area fiorentina: strumenti di analisi e fonti statistiche*, P. Lattarulo
- *La spesa pubblica per l'arte e la cultura. La Toscana negli anni '90*, P. Lattarulo
- *L'organizzazione dei servizi sociali in Casentino*, R. Caselli

**Anno 2001**

- *I fattori dello sviluppo: le infrastrutture in Toscana*, P. Lattarulo
- *Sviluppo locale e piccola impresa*, M. Grassi
- *La cooperazione nel mercato dei servizi in Toscana*, a cura di R. Caselli
- *Modi di vivere, bisogni, politiche. 1° Rapporto sulla società toscana*, a cura di A. Pescarolo
- *Decentramento e liberalizzazione del trasporto pubblico in Toscana*, a cura di P. Lattarulo, introduzione di A. Petretto
- *Le pensioni in Toscana. Il quadro attuale e le prospettive di medio termine*, N. Scicione
- *L'analisi economica del terzo settore in Toscana*, N. Scicione
- *Dall'immagine della Toscana all'analisi degli investimenti esteri*, a cura di A. Cavalieri e A. Manuelli

**Anno 2002**

- *Sindaci, Assessori e Consiglieri. Figure sociali e differenze di genere nei governi locali della Toscana*, A. Floridia
- *L'esternalizzazione dei servizi nella sanità toscana. Il ruolo delle cooperative*, a cura di R. Caselli e S. Iommi

- *Il turismo e la valorizzazione delle aree protette. Analisi dell'esperienza toscana*, a cura di R. Pagni
- *L'impatto del Turismo nell'Economia Regionale e Locale della Toscana*, L. Bacci
- *Il sistema moda in Toscana*, a cura di S. Labory e L. Zanni

#### **Anno 2003**

- *I servizi pubblici locali nei piccoli comuni della Toscana*, R. Caselli e S. Iommi
- *La cooperazione sociale in Toscana. Primo Rapporto sulle Cooperative sociali ANCST Legacoop*, R. Caselli e S. Iommi
- *Protezione, fruizione e sviluppo locale: aree protette e turismo in Toscana*, a cura di S. Bimonte e R. Pagni
- *Il mutamento delle politiche sociali in Toscana: un'analisi dei piani di zona*, F. Fratto e A. Pescarolo



Nell'ultimo decennio, il sistema di *welfare* della Toscana è stato oggetto di un profondo processo di riforma.

La L.R. 72/97 ha in particolare riorganizzato l'assistenza sociale attribuendo un nuovo protagonismo alle Conferenze dei sindaci e agli attori locali. Si è dunque avviata una lunga fase di transizione, non ancora terminata, che ha permesso un elevato grado di dinamismo e la formazione di un terreno di innovazione e di sperimentazione intensiva a tutti i livelli territoriali e istituzionali. Il presente volume intende esaminare il rapporto tra domanda e offerta di integrazione delle politiche socio-sanitarie in questa regione e verificare l'applicazione delle indicazioni legislative, espresse a livello regionale e nazionale, sul terreno concreto delle politiche e dei servizi erogati. Più in generale, questo studio si propone di approfondire alcuni aspetti (tratti dall'analisi dei 34 Piani di Zona del 2001) del mutamento culturale e operativo che si è sviluppato attorno alle procedure per la programmazione e per la gestione delle prestazioni socio-sanitarie. In altre parole, esso rappresenta uno strumento di analisi e di controllo dell'evoluzione delle politiche sociali in Toscana ed intende stimolare la riflessione sui punti di forza e di debolezza del sistema locale di *welfare* e sulle recenti tendenze di sviluppo.

*Francesco Fratto* è dottorando di ricerca in Sociologia dei fenomeni culturali e dei processi normativi presso l'Università di Urbino. La sua attività di ricerca riguarda i temi principali della Sociologia economica, in particolare si occupa di sviluppo locale, di governance, di capitale sociale, di welfare e della questione meridionale

*Alessandra Pescarolo* è dirigente di ricerca presso l'IRPET. La sua attività di ricerca riguarda soprattutto le trasformazioni della società toscana e, in particolare, il lavoro, la famiglia, le diseguaglianze e le politiche sociali