

A cura di

Pietro Previtali e Paolo Favini

L'organizzazione dei Piani di Zona in provincia di Pavia



PaviaUniversityPress

L'ORGANIZZAZIONE DEI PIANI DI ZONA IN PROVINCIA DI PAVIA

L'organizzazione dei Piani di Zona in provincia di Pavia

a cura di
Pietro Previtali e Paolo Favini



PaviaUniversityPress

L'organizzazione dei Piani di Zona in provincia di Pavia / a cura di Pietro Previtali e Paolo Favini. – Pavia : Pavia University Press, 2016. – 198 p. : ill. ; 24 cm.

<http://archivio.paviauniversitypress.it/oa/9788869520327.pdf>

ISBN 9788869520310 (brossura)

ISBN 9788869520327 (ebook PDF)

© 2016 Pavia University Press, Pavia

ISBN: 978-88-6952-032-7

I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale e parziale di questa pubblicazione, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm, le fotocopie e altro) sono riservati per tutti i paesi.

Immagine in copertina: *Sosta della città con persone e bambini* (particolare)
scusi © 123RF.com (scusi/123RF Archivio Fotografico)

Prima edizione: marzo 2016

Pavia University Press – Edizioni dell'Università degli Studi di Pavia
Via Luino,12 – 27100 PAVIA (PV) – Italia
www.paviauniversitypress.it – unipress@unipv.it

*Si desidera ringraziare la Direzione sociale di ASL Pavia e
i nove Piani di Zona della provincia di Pavia
per la proficua e costante collaborazione,
che ha reso possibile la realizzazione di questo volume.
Si ringraziano in particolare il dott. Pietro Perotti di ASL Pavia
per aver fornito i dati utilizzati all'interno del volume,
la dott.ssa Cristina Cordini di ASL Pavia
per il coordinamento con i Piani di Zona sul territorio
e la dott.ssa Antonella Albrighoni di ASL Pavia
per i costruttivi momenti di confronto sulle tematiche sociali affrontate.*

SOMMARIO

Introduzione	9
1. Il quadro normativo	17
1.1. Evoluzione dello strumento ‘Piano di Zona’ per l’erogazione dei servizi sociali	17
1.2. Il ruolo del Piano di Zona nel triennio 2015-2017	28
2. Bisogno di servizi sociali e sociosanitari in provincia di Pavia: un confronto tra i nove Piani di Zona	39
Introduzione	39
2.1. La fragilità socioeconomica	41
2.2. Il bisogno della prima infanzia	44
2.3. Il bisogno della persona disabile	50
2.3.1. Utenti di RSD, CSS e CDD	52
2.4. Il bisogno di persone con dipendenze	55
2.5. Il bisogno della popolazione anziana	59
2.5.1. Utenti di RSA e CDI	61
2.5.2. Matrice di posizionamento	62
2.6. Conclusioni	65
3. Offerta di servizi sociali e sociosanitari in provincia di Pavia: un confronto tra i nove Piani di Zona	71
Introduzione	71
3.1. L’offerta di servizi sociali e sociosanitari per la prima infanzia	75
3.1.1. L’offerta di Asili nido, Micro nidi, Nidi famiglia, Centri prima infanzia	75
3.1.2. Matrice di posizionamento	79
3.2. L’offerta di servizi sociali e sociosanitari per le persone disabili	83
3.2.1. L’offerta di RSD, CDD e CSS	83
3.2.2. Matrice di posizionamento	92
3.3. L’offerta di servizi sociali e sociosanitari per le persone con dipendenze	95
3.3.1. Offerta di Comunità terapeutiche per le dipendenze	95
3.3.2. Matrice di posizionamento	97
3.4. L’offerta di servizi sociali e sociosanitari per la popolazione anziana	99
3.4.1. L’offerta di RSA e CDI	99
3.4.2. Matrice di posizionamento	107
3.5. Conclusioni	109

4. Governance e organizzazione dei nove Piani di Zona della provincia di Pavia. Un'analisi comparata	119
4.1. Morfologia del territorio e popolazione	121
4.1.1. Distretto Pavese	121
4.1.2. Distretto Oltrepò	123
4.1.3. Distretto Lomellina	126
4.2. Tipi di struttura e organizzazione dei Piani di Zona	128
4.2.1. Piano di Zona di Certosa	129
4.2.2. Piano di Zona di Corteolona	132
4.2.3. Piano di Zona di Pavia	133
4.2.4. Piano di Zona di Broni	135
4.2.5. Piano di Zona di Casteggio	137
4.2.6. Piano di Zona di Voghera	139
4.2.7. Piano di Zona di Garlasco	140
4.2.8. Piano di Zona di Mortara	141
4.2.9. Piano di Zona di Vigevano	142
4.2.10. Il modello di governance dei Piani di Zona della provincia di Pavia: affinità e divergenze	143
4.3. Rapporti istituzionali e di governance tra i Comuni degli Ambiti	147
4.3.1. Piano di Zona di Certosa	151
4.3.2. Piano di Zona di Corteolona	151
4.3.3. Piano di Zona di Pavia	153
4.3.4. Piano di Zona di Broni	153
4.3.5. Piano di Zona di Casteggio	156
4.3.6. Piano di Zona di Voghera	158
4.3.7. Piano di Zona di Garlasco	159
4.3.8. Piano di Zona di Mortara	161
4.3.9. Piano di Zona di Vigevano	162
4.3.10. Un modello interpretativo degli Ambiti della provincia di Pavia. Verso una tipologia dei Piani di Zona	163
5. Performance ed efficacia della pianificazione in provincia di Pavia: un confronto tra i nove Piani di Zona	171
5.1. Confronto fra bisogno e offerta di servizi sociali e sociosanitari	171
5.1.1. Copertura del bisogno e saturazione delle Unità di Offerta	171
5.1.2. Matrice di posizionamento	178
5.2. Livello di performance e innovazione della pianificazione zonale	182
6. Un modello di analisi e progettazione per l'organizzazione dei Piani di Zona	189
Abstract in English	199

INTRODUZIONE

Il volume ripercorre e analizza in modo approfondito il ruolo dei Piani di Zona nella governance delle politiche sociali e l'erogazione dei servizi in risposta ai bisogni espressi dal territorio. Ecco perché l'analisi dei nuovi bisogni e delle criticità sociali è un punto cardine per la programmazione zonale ed è il cuore della *mission* dei Piani di Zona come enti di governance territoriale.

L'ormai lunga e consolidata storia di programmazione zonale in provincia di Pavia si è sempre posta come obiettivo primario il raggiungimento delle reali necessità del territorio e la promozione di meccanismi di coordinamento tra i nove Piani della provincia, con la cooperazione e supervisione fattiva di ASL. In particolare, per l'elaborazione della quinta triennalità dei Piani di Zona (2015-2017), l'ASL di Pavia e i nove Piani di Zona hanno deciso di costruire un percorso di programmazione fortemente ancorato al solco indicato da Regione Lombardia, rilevando la portata strategica di una programmazione delle politiche sociali e sociosanitarie basata sul superamento della frammentazione e sull'integrazione, sia tra gli attori che agiscono all'interno della rete del welfare locale, sia tra gli strumenti a disposizione degli Ambiti e dell'ASL.

In questa prospettiva, i rappresentanti dei nove Piani di Zona della provincia di Pavia, coordinati dall'ASL di Pavia, hanno collaborato per la redazione degli obiettivi sovra-zonali da inserire nella programmazione della nuova triennalità 2015-2017.

A tal fine sono stati organizzati nove tavoli tematici, tre per ciascun target di età: 0-18 area minori, 18-65 area adulti, over 65 area anziani. I tavoli di lavoro si sono rivelati un utile strumento per discutere in merito alle problematiche sociali e sociosanitarie che coinvolgono la popolazione sui territori, per sollevare proposte di obiettivi condivisi, al fine di controllare e superare le situazioni critiche, oltre che per confrontarsi sul metodo da seguire per la redazione degli obiettivi stessi.

Con questa modalità di lavoro, i Piani della provincia di Pavia sono stati in grado di concretizzare nel miglior modo possibile i suggerimenti di Regione Lombardia, che da un lato chiede la condivisione di obiettivi comuni sovra-zonali con l'intento di perseguire il fine dell'integrazione, principio cardine per la programmazione sociale della nuova triennalità, e dall'altro sollecita una uniformazione metodologica nella stesura degli obiettivi stessi. In passato era di fatto emersa una significativa criticità nella lettura e nell'analisi di quanto contenuto nei documenti di Piano, a causa delle differenze di impostazione e di metodologia, aggravate dall'assenza di criteri condivisi. Nel concreto Regione Lombardia

ha chiesto di individuare obiettivi e azioni condivise per la realizzazione dell'integrazione sociale e sociosanitaria, delineando così – nei fatti – un obiettivo strategico di coordinazione continua tra gli attori della governance territoriale.

I tavoli di lavoro ASL/Ambiti svolti in vista della redazione dei documenti di Piani sono quindi serviti alla definizione di tali obiettivi condivisi, alimentando il circuito virtuoso dell'analisi dei bisogni e delle criticità, della messa in comune di buone prassi e della razionalizzazione delle risorse a disposizione. L'arena di raccordo ed elaborazione di questo grande lavoro è stata la Cabina di Regia ASL/Ambiti che, nel corso degli anni, si è dimostrata essere il 'motore' capace di far funzionare in modo sempre più efficace il governo delle politiche sociali e socio-sanitarie della provincia.

Il metodo di lavoro, innovativo e altamente efficace nelle sue risultanze, si è così articolato:

- analisi della precedente triennalità: cosa ha funzionato e cosa si è rivelato più problematico;
- illustrazione dei bisogni e delle criticità presenti in ogni singolo territorio; ciò ha permesso un confronto basato sulla condivisione della conoscenza e sullo scambio fattivo di informazioni e buone prassi, di fatto instaurando (o rafforzando) percorsi di cooperazione e di scambio tra i diversi Piani di Zona;
- analisi delle risorse a disposizione per costruire la programmazione 2015-2017;
- scelta dei servizi e degli obiettivi innovativi da porre al centro della nuova triennalità.

Esaminati gli obiettivi indicati nel triennio 2012-2014, tutti i tavoli hanno concordato sulla necessità di individuare come obiettivi rilevanti a livello sovrazonale esclusivamente quelli innovativi e di cambiamento/potenziamento, lasciando quelli che si occupano di proseguire interventi già rodati e/o erogare servizi più classici nella parte specifica di ogni Piano di Zona.

È fondamentale rilevare come a ogni obiettivo individuato nel corso dei tavoli siano stati associati alcuni indicatori – quantitativi o qualitativi –, così da monitorare efficacemente durante la triennalità l'andamento degli interventi, consentire una più efficace misurazione dei risultati e permettere una raccolta dati più semplice e funzionale (rendendo possibile in questo modo anche aggiustamenti delle azioni svolte, in caso l'indicatore restituisca un dato poco rassicurante). La misurazione quantitativa completa quella qualitativa già elaborata nei precedenti trienni, permettendo di effettuare confronti nel tempo e fra i vari Distretti, oltre che far emergere eventuali buone pratiche esistenti sul territorio da cui prendere esempio, o – viceversa – rilevare situazioni critiche da monitorare e risanare. In questo modo si mette a frutto l'esperienza maturata nel corso degli anni precedenti, sistematizzando un percorso virtuoso di programmazione.

Tutto ciò, articolato come sopra esposto, consente di rafforzare il percorso di superamento della frammentazione e di ricomposizione effettiva degli interventi.

Tale passaggio è indispensabile perché garantisce il rafforzamento degli Uffici di Piano e la loro collocazione al centro della rete dei servizi di welfare, attraverso la costruzione e la dotazione di strumenti fondamentali per il monitoraggio del territorio e delle azioni intraprese, rafforzando il ruolo dei Piani di Zona come detentori della conoscenza e implementando il loro ruolo di attori cardine rispetto alle decisioni della programmazione.

Nel complesso, il percorso di costruzione del documento per la programmazione del Piano di Zona è stato quindi frutto di un lavoro congiunto svolto dai rappresentanti dei Piani di Zona e dell'ASL di Pavia, coadiuvati dall'Università di Pavia. Per ottimizzare il risultato, ASL e Ambiti hanno rafforzato il processo di condivisione e confronto, approntando un metodo di scambio e interazione costante nel percorso di analisi e progettazione. Sotto questo punto di vista la sinergia tra parte tecnica (ASL e Piani di Zona) e politica si è rilevata massima, permettendo così di approntare tutti gli strumenti necessari affinché questa nuova metodologia potesse partire con la più ampia condivisione e avesse la possibilità di dispiegare tutte le sue potenzialità innovative. Il lavoro svolto all'interno della Cabina di Regia ha evidenziato quanto sia significativo per la parte politica costruire un percorso virtuoso e innovativo di progettazione e produzione delle politiche sociali. Il settore del welfare, in tutta la sua complessità e pervasività sociale, è un ambito strategico – ed è destinato a esserlo ancora di più nel futuro – su cui parte politica e parte tecnica sono sinergicamente impegnate al fine di produrre risposte sempre più efficaci e moderne, orientate alla soddisfazione dei bisogni della comunità in una logica non strettamente vincolata alla dialettica domanda/offerta di servizi, ma proiettata verso un'analisi multidimensionale del bisogno, capace di produrre una lettura in profondità dei bisogni e dei mutamenti sociali.

Il lavoro di raccordo e integrazione svolto dall'ASL ha permesso di impostare una modalità di lavoro fortemente cooperativa tra gli Ambiti, fungendo così da punto di coordinamento sovra-zonale capace di agevolare il percorso di superamento della frammentazione dovuto al pluralismo degli agenti e delle metodologie di lavoro, per approdare a un percorso virtuoso di ricomposizione funzionale del processo di produzione delle *policy* del welfare locale e di ricomposizione della conoscenza, delle risorse e dei servizi.

Il primo passo dei tavoli di lavoro è stato procedere verso la ricomposizione del processo di costruzione delle politiche di welfare locale, cominciando proprio dalla programmazione, in quanto strumento propedeutico per un'efficace risposta ai bisogni della comunità e alla riuscita di una vera presa in carico integrata delle persone e delle famiglie.

Per ottenere questo risultato e potenziare la programmazione zonale, ASL e Ambiti hanno rafforzato il processo di condivisione e confronto approntando un metodo di scambio e interazione costante nel percorso di analisi e progettazione, rilevando così come la condivisione di conoscenza, informazioni e buone prassi sia il primo passo fondamentale per procedere a una ricomposizione generale del sistema.

Il confronto scaturito dal lavoro dei tavoli ha fatto sì che i Piani di Zona declinassero l'obiettivo della ricomposizione funzionale anche in chiave di innovazione delle azioni da intraprendere nella prossima triennalità, non limitandosi al proseguimento delle linee classiche di intervento, ma ponendosi come traguardo interventi innovativi capaci di rispondere in modo più efficace e integrato ai nuovi bisogni emergenti sul territorio.

Il metodo seguito per la programmazione zonale in provincia di Pavia è stato pensato, costruito e perseguito per raggiungere alcune finalità che, a mio parere, sono strategiche per il futuro della programmazione sociale. In particolare, questo metodo ha permesso di impostare la programmazione su alcuni pilastri, a cui fanno capo gli obiettivi sovra-zonali definiti grazie ai tavoli e alla Cabina di Regia:

- Costruire insieme obiettivi realmente condivisi definendo così alcune politiche di intervento comuni.
- Procedere verso l'uniformazione delle attività che svolgono gli Uffici di Piano e ampliare la conoscenza dei dati relativi all'offerta del territorio (nel suo complesso) e quelli relativi ai bisogni, anche grazie all'attività di coordinamento e monitoraggio svolta da ASL.
- Mettere in comune conoscenze ed esperienze (buone prassi), come strumento effettivo di ammodernamento delle politiche sociali e della rete del welfare, per fornire delle risposte più vicine ai nuovi bisogni reali delle persone e delle famiglie.
- Sviluppare la conoscenza della rete di offerta presente sul territorio, la messa in rete di strumenti conoscitivi aggiornati (banche dati) che consentano di correggere in corso d'opera gli interventi, in caso di necessità, e/o l'implementazione di scelte di *policy* in settori che si dimostrino maggiormente bisognosi di interventi.

Oltre il processo di integrazione, l'altro grande principio cardine per la programmazione della nuova triennalità è il superamento della frammentazione esistente, sia tra i soggetti coinvolti nel welfare locale, sia tra i mezzi disponibili per realizzare le politiche sociali.

I Piani di Zona hanno proseguito in questa direzione il lavoro di preparazione del documento di Piano, supportati dall'Università di Pavia nella costruzione delle Tabelle di obiettivi di Ambito, riassuntive e al contempo complete di ogni dettaglio utile per capire i singoli obiettivi e le modalità che si scelgono per conse-

guirli. Come per il livello sovra-zonale, anche per questi obiettivi specifici di ogni Piano di Zona si è provveduto a trovare indicatori quantitativi e/o qualitativi per una futura efficace misurazione dei risultati delle azioni realizzate e un controllo uniforme e immediato da parte della Regione. Lo scopo è quindi sempre facilitare il controllo degli esiti a fine triennio e – al contempo – migliorare il monitoraggio dei dati disponibili e dei servizi erogati da parte di ciascun Ufficio di Piano.

Regione Lombardia, a riguardo, chiede di ricomporre gli obiettivi di Ambito nel quadro delle tre dimensioni chiave per ottenere una corretta ed efficace programmazione: le conoscenze disponibili, le risorse impiegate e i servizi offerti.

È quindi importante procedere a ricomporre l'esistente, ovvero tendere a una programmazione congiunta e integrata di settori di *policy* attualmente divisi come la casa, la famiglia, la scuola e la sanità.

- *Conoscenza*. Il primo livello da ricomporre è quello della conoscenza e delle informazioni disponibili; un contesto è tanto più frammentato quanto minori sono la condivisione e la circolazione della conoscenza e delle informazioni. La necessità è quella di potenziare la conoscenza delle strutture presenti sul territorio, dei servizi da esse offerti, delle domande degli utenti e dei bisogni presenti nella comunità. Per questo motivo diventa prioritario rafforzare percorsi di condivisione e scambio delle informazioni tra soggetti che operano nello stesso territorio, mettendo in rete e a sistema dati, informazioni, letture e buone prassi. Questo passaggio è ciò che consente di procedere verso una più efficace lettura integrata degli interventi di *policy* nel contesto locale; una corretta filiera informativa è il presupposto per una migliore programmazione. Una programmazione fondata su questo approccio può effettivamente fornire un'adeguata lettura e risposta ai bisogni, superando il semplice incontro tra domanda e offerta di servizi.
- *Risorse*. Dal punto di vista delle risorse, è necessario implementare il livello di collaborazione tra i diversi enti e procedere verso una sempre maggiore integrazione. Questo percorso è reso ancora più necessario dalla contrazione delle risorse pubbliche a disposizione, passaggio che richiede un'aumentata capacità di programmazione rispetto alle spese da sostenere. Frequentemente la spesa sociale non è solo diversa tra gli Ambiti, ma anche all'interno degli stessi Ambiti: diventa allora importante capire quali sono le risorse disponibili, come sono articolate e in quali contesti si ritiene prioritario procedere.
- *Servizi*. L'offerta proposta sul territorio è eterogenea e spesso prevede notevoli differenze tra Comuni limitrofi. Sebbene queste differenze siano il prodotto dell'autonomia degli Enti, è necessario che questi prevedano una maggiore integrazione nel percorso di erogazione dei servizi, per renderli non solo più efficienti, ma anche per facilitarne l'accesso agli utenti. Usan-

do il sistema di conoscenza sarà possibile, per i diversi Ambiti, avere un ampio ventaglio di modelli di riferimento e, nel caso, prendere esempio dalle buone prassi messe a sistema per implementare la propria rete di servizi. Il percorso di integrazione dei servizi permette di definire anche regole, procedure, standard, criteri di accesso e interventi congiunti e integrati tra le varie realtà locali. L'obiettivo è potenziare il grado di integrazione degli Ambiti nella gestione dei servizi (accreditamento e autorizzazione, tariffe ed esenzioni, regole di accesso), rilevando quelle realtà in cui il percorso è già cominciato (e quindi a che livello è) e quelle in cui è ancora in fase embrionale.

Il lungo e complesso percorso di integrazione e ricomposizione è analizzato in questo volume che studia in profondità, con dati ricchi e originali, come la governance locale dei Piani di Zona cerchi di utilizzare al meglio i propri strumenti e le proprie risorse, per rispondere in modo efficace ai bisogni sociali espressi dal territorio.

Il primo capitolo del volume, 'Il quadro normativo', fornisce una ricostruzione storica e una lettura ragionata su base diacronica delle norme che hanno definito la costituzione dei Piani di Zona e il loro sviluppo nel corso delle diverse triennali.

L'analisi fornisce una riflessione critica sulla normativa nazionale e sulla corrispondente normativa regionale che hanno determinato gli orientamenti della governance dei Piani in Regione Lombardia.

Il secondo capitolo, 'Bisogno di servizi sociali e sociosanitari in provincia di Pavia: un confronto tra i nove Piani di Zona', affronta l'analisi dei bisogni dalla popolazione residente nei diversi Ambiti del contesto provinciale, evidenziando sia la numerosità che le specificità di soggetti fragili e, conseguentemente, la tipologia di bisogni espressi. Attraverso la messa a punto di alcuni indici significativi (quali bisogno potenziale e bisogno manifesto), posti in relazione con dati demografici aggiornati, nel capitolo si realizza, inoltre, un'analisi comparata dei bisogni attualmente espressi individuando, per le diverse categorie di fragilità (prima infanzia, disabili, dipendenze e anziani), le valenze dimensionali e la distribuzione territoriale.

Il terzo capitolo, 'Offerta di servizi sociali e sociosanitari in provincia di Pavia: un confronto tra i nove Piani di Zona', descrive la rete di offerta dei servizi di welfare esistente sul territorio, focalizzando l'analisi sulle Unità di Offerta (UdO) rispondenti ad alcune specifiche categorie di bisogno prese in esame (prima infanzia, disabili, dipendenze, anziani). Per ciascun target sono quindi presentati i dati di offerta di ogni singolo Piano di Zona, operando una comparazione rispetto all'intera provincia, così da rilevare le specificità di offerta di ciascun Ambito.

Il quarto capitolo, 'Governance e organizzazione dei nove Piani di Zona della provincia di Pavia. Un'analisi comparata', fornisce un'analisi teorica ed empirica del funzionamento dei Piani di Zona nella provincia di Pavia. La ricostruzione dell'organizzazione e della struttura dei Piani è incrociata con gli altri assetti di governance presenti sul territorio (Unioni di Comuni, Gestioni associate) al fine di definire il modello complessivo di governo del territorio e di produzione/erogazione delle politiche pubbliche nell'ambito locale. Il capitolo si pone l'obiettivo di fornire una tassonomia dei Piani, al fine di definire un preciso modello interpretativo.

Il quinto capitolo, 'Performance ed efficacia della pianificazione in provincia di Pavia: un confronto tra i nove Piani di Zona', approfondisce lo studio dei Piani di Zona dal punto di vista dell'analisi della domanda e dell'offerta dei servizi nel territorio provinciale. Questi dati sono comparati tra i nove Piani di Zona al fine di definirne una tipologia, in base al loro modello di erogazione dei servizi. Accanto a questo lavoro, vi è un'analisi comparata delle performance dei Piani e della loro capacità di innovazione nel campo della programmazione zonale.

Infine il sesto capitolo, 'Un modello di analisi e progettazione per l'organizzazione dei Piani di Zona', raccogliendo gli *insight* empirici e teorici dei precedenti contributi, si propone l'obiettivo di fornire un modello di analisi sul funzionamento e l'organizzazione dei Piani di Zona.

Il testo, costruito attorno a una rigorosa ricerca empirica a sostegno di modelli teorici dotati di notevole portata interpretativa, fornisce uno spunto di grande interesse nella fondamentale riflessione sullo sviluppo del welfare locale e sulle prospettive di governance di un attore sempre più centrale nella progettazione/erogazione delle politiche sociali, come il Piano di Zona.

A conclusione di questa breve presentazione di un testo che riassume l'impegno costante di molti collaboratori e amici su queste tematiche che coincide con la conclusione della mia positiva esperienza maturata in questi anni del mio felice periodo pavese, desidero ringraziare tutti coloro che hanno reso possibile quello che ricorderò sempre come uno dei momenti più belli della mia vita professionale.

Ringrazio gli amici della Direzione Strategica dell'ASL, il Direttore Generale Alessandro Mauri, il Direttore Amministrativo Flavia Bernini e il Direttore Sanitario Guido Fontana per il costante spirito di condivisione e collaborazione, base del raggiungimento di tanti risultati positivi.

Ringrazio l'Università di Pavia della vicinanza e costante collaborazione nei percorsi culturali che come ASL abbiamo intrapreso, e in modo particolare l'amico Prof. Pietro Previtali, che mi ha sempre sostenuto, spronato e accompagnato nelle azioni di miglioramento e innovazione che abbiamo provato a delinearne nell'ambito del welfare locale, sempre nel solco indicato da Regione Lombardia. Ringrazio i suoi

collaboratori Cristina, Sabrina ed Eugenio, principali attori di questa seconda fatica editoriale.

Ringrazio moltissimo anche tutti i collaboratori che ho avuto l'onore di avere al mio fianco durante i bellissimi anni trascorsi come Direttore Sociale dell'ASL di Pavia: li ricorderò sempre con sincero affetto.

Paolo Favini

Capitolo 1

IL QUADRO NORMATIVO

Cristina Cordoni (Università di Pavia), *Eugenio Salvati* (Università di Pavia),
Sabrina Spaghi (Università di Pavia)

1.1. EVOLUZIONE DELLO STRUMENTO 'PIANO DI ZONA' PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI

Alla fine degli anni '70 la programmazione dei servizi sociali ha assunto un ruolo di rilievo e, con il d.P.R. 24 luglio 1977 n. 616,¹ «Attuazione della delega di cui all'art. 1 della l. 22 luglio 1975, n. 382»,² le competenze in materia sociale sono state progressivamente trasferite in capo alle Regioni ed ai Comuni; a questo importante passaggio sono seguite leggi di riordino dei servizi socioassistenziali.

Il d.P.R. 616/77 conteneva, dunque, le norme sull'ordinamento regionale e sull'organizzazione della pubblica amministrazione, e disponeva il trasferimento alle Regioni delle funzioni amministrative nelle materie indicate nell'art. 117 della Costituzione, fra cui i servizi sociali. In particolare, ai sensi del Titolo III «Servizi Sociali» Capo I art. 17, «sono trasferite alle Regioni le funzioni amministrative dello Stato [...] nelle materie [...] attinenti ai servizi sociali della popolazione di ciascuna Regione». Ai sensi dell'art. 22:

Le funzioni amministrative, relative alla materia 'beneficenza pubblica', concernono tutte le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro, sia in natura a favore dei singoli, o di gruppi.

¹ d.P.R. 24 luglio 1977 n. 616, «Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382» (G.U. n. 234 del 29 agosto 1977, Suppl. Ordinario).

² Legge 22 luglio 1975 n. 382, «Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione» (G.U. n. 220 del 20 agosto 1975).

Sono comprese nelle funzioni amministrative, di cui all'articolo precedente, le attività relative:

- a) all'assistenza economica in favore delle famiglie bisognose dei defunti e delle vittime del delitto;
- b) all'assistenza post-penitenziaria;
- c) agli interventi a favore di minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell'ambito della competenza amministrativa e civile [...] (art. 23).

Sempre la stessa legge, all'art. 25 dispone che:

tutte le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza [...] sono attribuite ai Comuni [...]. La Regione determina con legge, sentiti i Comuni interessati, gli Ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli Enti locali territoriali [...].

La Regione Lombardia dai primi anni '80 si è attivata per implementare un proprio sistema sociale e socio-sanitario: le «Linee Programmatiche per il Piano socio-assistenziale», approvate dal Consiglio Regionale il 28 gennaio 1982 con delibera n. 111/550 (Regione Lombardia 1982), avevano individuato:

due variabili strategiche con le quali la programmazione del settore avrebbe dovuto misurarsi, assumendone il superamento come finalità fondamentale del Piano [...]:

- la diminuzione significativa e progressiva della residualità;
- la riduzione degli squilibri del settore socio-assistenziale (Regione Lombardia 1987).

Le finalità del Piano socio-assistenziale – per il triennio 1988-1990 – restavano quelle già individuate [...] con la differenza che la realizzazione delle loro precondizioni le rendeva perseguibili con successo [...]:

- A) Completamento dell'impianto organizzativo istituzionale;
- B) Omogeneizzazione delle prestazioni;
- C) Sviluppo programmato;
- D) Adeguamento e sviluppo politiche formative regionali;
- E) Attivazione di meccanismi di verifica del raggiungimento quali-quantitativo degli obiettivi (Regione Lombardia 1987).

La legge regionale 7 gennaio 1986, n. 1 (Regione Lombardia 1986) disponeva riguardo alla «Riorganizzazione e programmazione di servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia»³ e riguardo al Piano Regionale Socio Assistenziale, per il triennio 1988-1990 (Regione Lombardia, 1987); gli allegati avevano per obiettivo «la prevenzione degli handicap, la riabilitazione e la socializzazione dei

³ B.U. 8 gennaio 1986 n. 2, 1° Suppl. Ordinario.

disabili fisici, psichici e sensoriali» e la «normativa tecnico-edilizia e gestionale per le strutture e i servizi socioassistenziali».

La legge 1/1986 (Regione Lombardia 1986) disciplinava «la programmazione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi socioassistenziali nel territorio della Regione Lombardia e l'esercizio delle funzioni spettanti agli Enti locali» (art. 1). Il modello di welfare lombardo si basava, come criterio guida di tutto il sistema dei servizi, sulla libertà di scelta della persona e delle famiglie.

La Regione era indirizzata verso una 'programmazione associata' basata sull'integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie, da realizzarsi con processi di 'delega' da parte dei Comuni delle funzioni più complesse alle allora USSL, mentre riservava ai singoli Comuni la gestione dei servizi meno complessi dal punto di vista tecnico-gestionale. Di fatto, il legislatore regionale metteva in evidenza la problematica connessa con le piccole dimensioni di gran parte dei Comuni lombardi, che rendono difficoltoso il perseguimento di obiettivi di economicità ed efficienza.

La produzione normativa degli anni '90 ha progressivamente modificato questo assetto, con gli obiettivi principali di:

- introdurre una semplificazione e maggiore trasparenza al fine di innovare il ruolo della Pubblica Amministrazione;
- migliorare il rapporto tra cittadini e amministrazioni (Lovari 2007);
- riconoscere la centralità dei Comuni e una maggiore autonomia nella gestione amministrativa del proprio territorio.⁴

Quest'ultimo aspetto ha generato diverse problematiche, che hanno complicato il governo del territorio. Le principali cause erano riconducibili a:

- gran numero degli Enti;
- loro amplissima differenza dimensionale;
- carico di funzioni che erano chiamati a svolgere;
- qualità media degli amministratori e delle burocrazie.⁵

Con i decreti legislativi 502/92 e 517/93⁶ si è realizzata la trasformazione delle

⁴ Legge 22 luglio 1975 n. 382, «Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione» (G.U. n. 220 del 20 agosto 1975); legge 8 giugno 1990 n. 142, «Ordinamento delle autonomie locali» (G.U. n. 135 del 12 giugno 1990, Suppl. Ordinario n. 42); legge 7 agosto 1990 n. 241, «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi» (G.U. n. 192 del 18 agosto 1990); legge 15 marzo 1997 n. 59, «Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed Enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa» (G.U. n. 63 del 17 marzo 1997, Suppl. Ordinario n. 56).

⁵ URL: <<http://www.consiglio.regione.lombardia.it>> [data di accesso: novembre 2015].

⁶ Decreto legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502, «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421» (G.U. n. 305 del 30 dicembre 1992, Suppl.

USL in ASL, concepite come enti strumentali della Regione, e alla fine degli anni '90 ha preso avvio un periodo importante per la pianificazione delle politiche sociali:

- la legge regionale 31/97 (Regione Lombardia 1997) definisce le «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali»;
- la legge regionale 1/2000 (Regione Lombardia 2000) configura il «Riordino del sistema delle autonomie locali in Lombardia»;
- la legge 285/97 contiene «Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza»;⁷
- la sperimentazione del Reddito Minimo di Inserimento (RMI), misura di contrasto della povertà, prevista dal decreto legislativo del 18 giugno 1998 n. 237 ai sensi dell'art. 59, commi 47 e 48, della legge 27 dicembre 1997 n. 449 e dal decreto 5 agosto 1998;⁸
- la legge 45/99 recante «Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze».⁹

In questo quadro normativo si colloca la legge 8 novembre 2000 n. 328, «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»,¹⁰ prima legge quadro sui servizi sociali, che costituisce l'origine del quadro normativo di riferimento per la gestione e l'erogazione dei servizi sociali sul territorio. In particolare sono rilevanti l'articolo 1 (Principi generali e finalità), l'articolo 8 (Funzioni delle Regioni) e l'articolo 19 (che ha come oggetto specifico il Piano di Zona).

Nell'articolo 1 il legislatore definisce l'importanza di un sistema integrato di interventi e servizi sociali al fine di garantire pari qualità di vita e opportunità ai

Ordinario n. 137); decreto legislativo del 7 dicembre 1993 n. 517, «Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421» (G.U. n. 293 del 15 dicembre 1993, Suppl. Ordinario n. 113).

⁷ Legge n. 285 del 28 agosto 1997, «Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza» (G.U. n. 207 del 5 settembre 1997).

⁸ Decreto legislativo del 18 giugno 1998 n. 237, «Disciplina dell'introduzione in via sperimentale, in talune aree, dell'istituto del reddito minimo di inserimento, a norma dell'articolo 59, commi 47 e 48, della legge 27 dicembre 1997, n. 449» (G.U. n. 167 del 20 luglio 1998); legge 29 dicembre 1997 n. 449, «Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica» (G.U. n. 302 del 30 dicembre 1997, Suppl. Ordinario n. 255); decreto del 5 agosto 1998 n. 363, «Regolamento recante norme per l'individuazione delle particolari esigenze delle università e degli istituti di istruzione universitaria ai fini delle norme contenute nel decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni ed integrazioni» (G.U. n. 246 del 21 ottobre 1998).

⁹ Legge 18 febbraio 1999 n. 45, «Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze» (G.U. n. 53 del 5 marzo 1999).

¹⁰ Legge 8 novembre 2000 n. 328, «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» (G.U. n. 265 del 13 novembre 2000, Suppl. Ordinario n. 186).

cittadini residenti, oltre che prevenire e ridurre condizioni di disabilità, bisogno e disagio dovuti a varie cause, così come stabilito nella Costituzione Italiana.¹¹

L'articolo 8, comma 3, lettera a) prevede che le Regioni, tramite forme di concertazione con gli Enti locali interessati, determinino gli Ambiti territoriali, di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti, favorendo l'esercizio associato delle funzioni sociali.

L'articolo 19 introduce lo strumento 'Piano di Zona', deputato alla costruzione del sistema locale integrato di servizi e interventi sociali. Attraverso il Piano di Zona si definiscono, progettano e realizzano gli interventi che compongono l'offerta complessiva dei servizi socioassistenziali, forniti da soggetti pubblici, privati e del privato sociale.¹²

¹¹ Art. 1 (Principi generali e finalità)

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

2. Ai sensi della presente legge, per 'interventi e servizi sociali' si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

¹² Art. 19 (Piano di Zona)

1. I Comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il Piano di Zona, che individua:

- a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
- b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);
- c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;
- d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
- e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
- f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
- g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.

2. Il Piano di Zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:

- a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);
- c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;

Il Piano di Zona è di fatto un documento di programmazione territoriale di durata triennale, con il quale, in ciascun ambito territoriale, Comuni e ASL definiscono le politiche sociosanitarie e sociali rivolte alla popolazione. Tale documento è solitamente approvato tramite un Accordo di Programma firmato da tutti i Sindaci dei Comuni ubicati nel territorio del Piano. La legge del 2000 stabilisce che il Piano di Zona sia volto a:¹³

- a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione [...];
- c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun Comune, delle Aziende Unità Sanitarie Locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
- d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

In base alla legge quadro sui servizi sociali, il Piano di Zona deve quindi contenere obiettivi di intervento in aree tipicamente sociali e in quelle dove si richiede una forte sinergia fra servizi sociali e sanitari: minori, giovani e famiglia, anziani, tossicodipendenze, salute mentale, disabilità, immigrazione, povertà ed emarginazione. Il Piano di Zona serve quindi a costruire un sistema integrato di interventi e servizi, attraverso la collaborazione di più soggetti pubblici e privati.

Altro importante riferimento normativo nazionale è il decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti Locali», il quale al Titolo IV dedica l'intero Capo II alla materia dei servizi sociali.¹⁴ L'articolo 128 del decreto definisce al comma 2 il concetto di servizi sociali:

d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

¹³ Legge 8 novembre 2000 n. 328, art. 19, comma 2.

¹⁴ Decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59» (G.U. n. 92 del 21 aprile 1998, Suppl. Ordinario n. 77).

tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.¹⁵

Con la riforma del titolo V della Costituzione (l. cost. 3/2001, 2003, art. 117),¹⁶ le competenze nella gestione dei servizi sociali passano in via esclusiva alle Regioni, per quanto concerne la produzione di norme, e agli Enti locali, per la gestione dei servizi. Allo Stato rimane la competenza relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere uniformemente garantiti sul territorio nazionale (art. 117, comma 2, lett. m).

Il sistema delle politiche sociali comprende:

- le politiche per la casa;
- i servizi domiciliari o semiresidenziali o residenziali;
- i sussidi economici.

Deve essere sviluppato in collaborazione con le pubbliche amministrazioni che si occupano di lavoro, trasporti, cultura e sanità, mettendo a sistema l'offerta complessiva.

La materia è inoltre oggetto di specifiche normative regionali a cui è stata devoluta forte autonomia, dunque in grado di influenzare, con politiche molto stringenti e relativa distribuzione di risorse, sia la programmazione zonale che l'offerta di servizi.

L'introduzione dei Piani di Zona ha trovato in Lombardia piena espressione nella d.g.r. VII/7069 del 23 novembre 2001 (Regione Lombardia 2001), nel Piano Sociosanitario 2002-2004 del 13 marzo 2002 (Regione Lombardia 2002b) e, in termini operativi, nella circolare numero 7 del 29 aprile 2002 della DG Famiglia e Solidarietà Sociale Regione Lombardia che ne ha descritto le principali linee attuative (Regione Lombardia 2002a).

In Lombardia ciò ha dato origine, nella prima stagione dei Piani di Zona, alla nascita di 98 Ambiti distrettuali. La definizione dell'Ambito distrettuale è parti-

¹⁵ Decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, art. 128 (Oggetto e definizioni).

1. Il presente capo ha come oggetto le funzioni e i compiti amministrativi relativi alla materia dei 'servizi sociali'.

2. Ai sensi del presente decreto legislativo, per 'servizi sociali' si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

¹⁶ Legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione» (G.U. n. 248 del 24 ottobre 2001).

colarmente importante, in quanto costituisce il primo passo verso l'elaborazione di un Piano di Zona. Rappresenta, cioè, il livello territoriale ritenuto adeguato per una programmazione e, in seguito, una gestione dei servizi il più funzionale possibile.

In particolare si ricorda la legge regionale 12 marzo 2008 n. 3, «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario» (Regione Lombardia 2008c). Si tratta di una legge quadro che riorganizza la rete dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari, oltre a definire i compiti degli Enti pubblici, delle istituzioni e del *no profit*. La riorganizzazione del sistema di servizi sociali e sociosanitari in Lombardia è stata costruita sui principi che hanno caratterizzato l'evoluzione del *trend* del welfare lombardo negli ultimi anni: la centralità della persona, il sostegno alla famiglia quale nucleo fondamentale per la cura della persona, la flessibilità dei servizi, la libera scelta dei cittadini rispetto alle unità di offerta della rete sociale e sociosanitaria.

Si ritiene importante, in particolare, l'articolo 18, che disciplina proprio la materia del Piano di Zona, quale strumento di programmazione della rete di offerta sociale (comma 1), ne scandisce le finalità, l'organizzazione e gli attori coinvolti.¹⁷

¹⁷ Art. 18 (Piano di Zona)

1. Il Piano di Zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.
2. Il Piano di Zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.
3. I Comuni, nella redazione del Piano di Zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovono gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio.
4. Il Piano di Zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei Sindaci entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del Terzo Settore e l'eventuale partecipazione della Provincia.
5. La programmazione dei Piani di Zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale.
6. L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona è costituito, di norma, dal Distretto sociosanitario delle ASL.
7. I Comuni attuano il Piano di Zona mediante la sottoscrizione di un Accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la Provincia. Gli organismi rappresentativi del Terzo Settore, che hanno partecipato alla elaborazione del Piano di Zona, aderiscono, su loro richiesta, all'Accordo di programma.
8. Il Piano di Zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale.
9. Al fine della conclusione e dell'attuazione dell'Accordo di programma, l'Assemblea dei Sindaci designa un Ente capofila individuato tra i Comuni del distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico.

La d.g.r. 3239/2012 (Regione Lombardia 2012) prende atto che l'evoluzione del contesto lombardo ha un notevole impatto sulla struttura demografica e sociale, conseguentemente si osserva una riforma complessiva del welfare, basata sull'inversione del modello 'dall'offerta alla domanda', che valorizza la libertà di scelta della persona e della famiglia, con particolare attenzione alla tutela dei compiti di cura delle famiglie. Approva le «Linee guida regionali per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare» al fine di sperimentare modelli gestionali innovativi che favoriscano l'accesso ai servizi e la sostenibilità finanziaria del sistema.

Infine, un altro importante riferimento normativo regionale è la delibera di giunta regionale 19 dicembre 2014 n. 2941, «Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017» (Regione Lombardia 2014b), che esprime la necessità di superare un sistema fondato «sull'erogazione delle prestazioni» per arrivare a un sistema fondato sui «bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico». Al punto 7, la d.g.r. dà indicazioni per la definizione della programmazione sociale e definisce il ruolo, lo scopo e l'organizzazione del Piano di Zona e degli *stakeholders* che gravitano intorno ad esso.

Il Piano di Zona è definito come «il documento di programmazione che integra la programmazione sociale con quella sociosanitaria regionale e definisce il quadro unitario delle risorse». La d.g.r. sottolinea inoltre l'importanza dell'integrazione fra la programmazione sociale del Piano di Zona e gli altri strumenti di programmazione degli Enti locali e/o altre iniziative che promuovano la rete di servizi.

La d.g.r. ricorda che:

Il territorio di riferimento è di norma coincidente con il distretto sociosanitario con facoltà di aggregazione tra distretti afferenti alla stessa ASL. Laddove si verificano condizioni favorevoli in termini di gestione delle unità di offerta sociali, di accesso ai servizi da parte delle persone e di caratteristiche territoriali comuni a più Ambiti, si ritiene strategico pensare ad una programmazione sociale territoriale rivolta a più distretti e quindi sottoscrivere Accordi di Programma sovradistrettuali. Regione Lombardia incentiva la sperimentazione di una programmazione sociale condivisa tra più Ambiti afferenti alla stessa ASL.

10. L'Ufficio di Piano, individuato nell'Accordo di programma, è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano. Ciascun Comune del distretto contribuisce al funzionamento dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

11. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine per l'approvazione del Piano di Zona, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'Assemblea distrettuale dei Sindaci, alla nomina di un Commissario *ad acta* (16).

(16) L'art. 17, comma 1, lettera h), l.r. 5 febbraio 2010, n. 7 ha così modificato il presente comma.

Nella prospettiva di una integrazione sovra-zonale nella definizione degli obiettivi e delle risorse, la d.g.r. sottolinea il ruolo importante della Cabina di Regia ASL/Ambiti, principale strumento di coordinamento e pianificazione sul territorio.¹⁸

A partire dai primi Piani di Zona sviluppatasi nel 2002-05, si sono succedute altre tre triennali, durante le quali si è sviluppata una progressiva introduzione di titoli sociali, una riorganizzazione dei servizi comunali, anche attraverso forme di gestione associata, il coinvolgimento del Terzo Settore e il governo dell'accesso ai servizi (Consorzio Sociale Pavese 2015).

1° Triennio (2002-2005)

Nel primo triennio l'attività dei Piani di Zona era regolamentata dalla «Circolare n. 7 del 29 aprile 2002» (Regione Lombardia 2002a). Gli obiettivi e le priorità d'intervento erano delineati nel Piano Sociosanitario Regionale 2002-2004 approvato dal Consiglio regionale con atto 13 marzo 2002, n. VII/462 (Regione

¹⁸ 7. Indicazioni per la definizione della programmazione locale. 7.1 Il Piano di Zona:

Il Piano di Zona rappresenta il documento di programmazione che integra la programmazione sociale con quella sociosanitaria regionale e definisce il quadro unitario delle risorse. Obiettivo della programmazione è quello di integrare risorse e conoscenze degli attori territoriali. In quanto tale la programmazione sociale si deve connettere con gli altri strumenti di programmazione degli Enti locali del territorio e con le altre iniziative di promozione di interventi di rete (ad esempio in tema di conciliazione dei tempi di vita e lavoro ed iniziative rivolte ai giovani). Il Piano di Zona, che costituisce il tradizionale strumento di programmazione sociale, deve esplicitare gli altri strumenti di programmazione degli interventi che concorrono a definire le politiche sociali del territorio (il Documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dell'ASL, i Piani integrati locali di promozione della salute, il Piano di governo del territorio, il Piano territoriale degli orari dei servizi, i Patti territoriali per l'occupazione, Reti territoriali di conciliazione).

Gli Enti locali titolati alla predisposizione di documenti di programmazione settoriale dovranno, a loro volta, tenere conto dei principi espressi dal Piano di Zona locale.

Il territorio di riferimento è di norma coincidente con il distretto sociosanitario con facoltà di aggregazione tra distretti afferenti alla stessa ASL. Laddove si verificano condizioni favorevoli in termini di gestione delle unità di offerta sociali, di accesso ai servizi da parte delle persone e di caratteristiche territoriali Comuni a più Ambiti, si ritiene strategico pensare ad una programmazione sociale territoriale rivolta a più distretti e quindi sottoscrivere Accordi di Programma sovradistrettuali.

Regione Lombardia incentiva la sperimentazione di una programmazione sociale condivisa tra più Ambiti afferenti alla stessa ASL.

In ogni caso si richiede che nella Cabina di Regia, istituita presso ciascuna ASL, si definisca una parte condivisa tra ASL e Ambiti territoriali afferenti in cui siano sviluppati i seguenti aspetti:

- un'analisi dei bisogni, delle risposte, dei soggetti e dei network attivi sul territorio effettuata entro un perimetro di conoscenza sovra distrettuale, coincidente con il territorio dell'ASL di riferimento;

- l'individuazione di obiettivi e azioni condivise per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

Lombardia 2002b). Tali obiettivi dovevano essere tradotti operativamente all'interno dei Piani di Zona.

Nella circolare 7/2002 di cui sopra si sottolineava che il Piano di Zona non doveva, pertanto, essere inteso come uno strumento meramente distributivo di risorse, ma come uno strumento dinamico e flessibile, capace di cogliere i bisogni della collettività e di assicurare le risposte più coerenti e adeguate.

2° Triennio (2006-2008)

Le normative di riferimento sono la circolare n. 48 del 27 ottobre 2005, «Linee guida definizione PdZ 2006-2008» (Regione Lombardia 2005b), e la circolare n. 34 del 29 luglio 2005, «Indirizzi programmazione PdZ 2006-2008» (Regione Lombardia 2005a).

Il secondo triennio di programmazione, a fronte di una prima triennalità caratterizzata dal processo di avvio dei Piani di Zona, ha evidenziato una crescita rispetto agli obiettivi definiti, portando a una valutazione complessivamente positiva.

3° Triennio (2009-2011)

Le disposizioni di riferimento sono la nota del 4 agosto 2008, «Comunicazioni in merito alle linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona 2009-2011» (Regione Lombardia 2008a), e la d.g.r. VIII-8551, «Determinazione in ordine alle linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona 2009-2011» (Regione Lombardia 2008b).

La programmazione dei Piani di Zona per il triennio 2009-2011 si inserisce in un nuovo contesto normativo, caratterizzato dalla legge regionale 12 marzo 2008 n. 3, «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario». I principi sui quali è stata costruita sono quelli che hanno caratterizzato l'evoluzione del welfare lombardo: la centralità della persona e il sostegno alla famiglia quale nucleo fondamentale per la cura alla persona, la flessibilità dei servizi e la libera scelta dei cittadini rispetto alle unità di offerta della rete sociale e socio-sanitaria, all'interno di un preciso sistema di regole.¹⁹

4° Triennio (2012-2014)

Le linee guida per il quarto triennio sono contenute nella d.g.r. 2505 del 16 novembre 2011, «Un welfare della sostenibilità e della conoscenza - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014» (Regione Lombardia 2011), che ha aperto una nuova fase del welfare in cui:

- si focalizza l'attenzione sulla ricomposizione istituzionale e finanziaria degli interventi, delle decisioni e delle linee di programmazione;

¹⁹ d.g.r. .8551/2008, seduta del 3 dicembre 2008, Allegato A - Premessa.

- si liberano le energie degli attori locali, semplificando il quadro degli adempimenti;
- si punta a realizzare sperimentazioni locali di un welfare promozionale e ricompositivo.

La ricostruzione di questo percorso dimostra come la trasposizione locale delle norme abbia visto nel tempo l'affermazione di alcune importanti evoluzioni in sede di programmazione degli interventi.

I Piani di Zona sono diventati nel corso del tempo i luoghi istituzionali atti alla programmazione e al governo delle politiche sociali del territorio, identificati da Regione Lombardia quali interlocutori privilegiati. L'obiettivo è stato perciò quello di consolidare la rete dei servizi sociali e di favorire lo sviluppo di un nuovo modello di *governance* locale.

Al cuore di questa scelta emerge la necessità di rafforzare proprio la funzione programmatica degli Uffici di Piano, al fine di promuovere un modello di *policy* sempre più integrata e sempre più capace di rafforzare la rete dei servizi sul territorio. Il rafforzamento dei Piani di Zona, così come è stato impostato in questo ultimo decennio, è il requisito primario per superare l'approccio 'singolo', in modo tale che i diversi soggetti coinvolti nella programmazione possano da un lato riconoscere le proprie peculiarità, cioè le proprie risorse e i propri punti critici, e dall'altra riconoscere la realtà locale come sede della nuova programmazione e come luogo entro cui costruire connessioni e rapporti tra i diversi soggetti che la compongono.

1.2. IL RUOLO DEL PIANO DI ZONA NEL TRIENNIO 2015-2017

Tramite il Piano di Zona, strumento essenziale di programmazione locale, è possibile pianificare gli interventi atti a definire le politiche sociali di un territorio, individuando così i cambiamenti e le innovazioni da applicare nelle modalità di funzionamento del sistema di welfare. La sfida che devono affrontare i servizi di welfare locale consiste nella individuazione di *best practice* che sappiano ricomporre, in un'ottica di efficienza, da un lato reti familiari sempre più fragili ed incapaci di gestire alcuni bisogni consolidati, dall'altro l'aspettativa di finanze pubbliche non espansive (Consorzio Sociale Pavese 2015).

Per il triennio in corso, 2015-2017, la d.g.r. 19 dicembre 2014 n. 2941 (Regione Lombardia 2014b) sottolinea la necessità di un nuovo modello di programmazione delle politiche sociali, più mirato all'analisi multidimensionale dei bisogni, capace di definire un circuito virtuoso di ricomposizione e integrazione delle risorse e degli strumenti.

L'invecchiamento della popolazione ha portato alla luce nuovi bisogni, legati alla fragilità e alla complessità di quadri clinici sempre più caratterizzati da comorbidità, che implicano l'implementazione di interventi sempre più specializzati e progettati secondo una logica di efficienza nell'utilizzo delle minori risorse a disposizione (Piano di Zona di Voghera 2015).

Lo stato attuale di frammentazione fa sì che gli attori sul territorio tendano a concentrare l'attenzione esclusivamente sui propri utenti e in generale su una domanda scissa geograficamente. L'obiettivo è quindi ricomporre tale 'immagine', partendo dal percorso di programmazione, che è propedeutico alla riuscita di una vera presa in carico integrata delle persone e delle famiglie. I Piani di Zona devono quindi svolgere un'attività di ricomposizione del welfare locale, superando la frammentazione in modo da perseguire un'efficace lettura del bisogno del territorio. Gli Uffici di Piano svolgono un ruolo cruciale intervenendo sull'offerta e orientando l'intervento sul reale bisogno del cittadino, facilitando l'accesso ai servizi.

In vista dell'elaborazione della quinta triennialità dei Piani di Zona, l'ASL di Pavia e i nove Piani di Zona della Provincia hanno deciso di impostare il percorso di programmazione sul solco indicato da Regione Lombardia, rilevando la portata strategica di una programmazione delle politiche sociali e sociosanitarie basata sul superamento della frammentazione e sull'integrazione, sia tra gli attori, che agiscono all'interno della rete del welfare locale, sia tra gli strumenti a disposizione degli Ambiti e dell'ASL.

In questa prospettiva, i rappresentanti dei nove Piani di Zona della Provincia di Pavia, coordinati dall'ASL di Pavia, hanno collaborato per la redazione degli obiettivi sovra-zonali da inserire nella programmazione della nuova triennialità 2015-2017.

Il metodo seguito per la programmazione zonale in provincia di Pavia è stato pensato, costruito e perseguito per raggiungere alcune finalità che, a nostro parere, sono strategiche per il futuro della programmazione sociale. In particolare, questo metodo ha permesso di impostare la programmazione su alcuni pilastri, a cui fanno capo gli obiettivi sovra-zonali definiti grazie ai Tavoli e alla Cabina di Regia:

1. costruire insieme obiettivi realmente condivisi, definendo così alcune politiche di intervento comuni;
2. procedere verso l'uniformazione delle attività che svolgono gli Uffici di Piano e ampliare la conoscenza dei dati relativi all'offerta del territorio (nel suo complesso) e quelli relativi ai bisogni, anche grazie all'attività di coordinamento e monitoraggio svolta da ASL;

3. mettere in comune conoscenze ed esperienze (buone prassi), come strumento effettivo di ammodernamento delle politiche sociali e della rete del welfare, per fornire risposte più vicine ai nuovi bisogni reali delle persone e delle famiglie;
4. sviluppare la conoscenza della rete di offerta presente sul territorio, la messa in rete di strumenti conoscitivi aggiornati (banche dati) che consentano di correggere in corso d'opera gli interventi, in caso di necessità, e/o di implementare scelte di *policy* in settori che si dimostrano maggiormente bisognosi di interventi.

Oltre al processo di integrazione, l'altro grande principio cardine per la programmazione della nuova triennalità è il superamento della frammentazione esistente, sia tra i soggetti coinvolti nel welfare locale, sia tra i mezzi disponibili per realizzare le politiche sociali.

È quindi importante procedere a ricomporre dall'esistente, ovvero tendere a una programmazione congiunta e integrata di settori di *policy* attualmente divisi come la casa, la famiglia, la scuola e la sanità.

L'obiettivo di ricomposizione caldeggiato da Regione Lombardia corre lungo tre direttrici:

- una ricomposizione delle risorse investite;
- una ricomposizione delle conoscenze e delle informazioni per orientare meglio le scelte;
- una ricomposizione dei servizi offerti (Consorzio Sociale Pavese 2015).

- *Risorse*. Dal punto di vista delle risorse è necessario implementare il livello di collaborazione tra i diversi Enti e procedere verso una sempre maggiore integrazione. Questo percorso è reso ancora più necessario dalla contrazione delle risorse pubbliche a disposizione, passaggio che richiede un'augmentata capacità di programmazione rispetto alle spese da sostenere. Frequentemente la spesa sociale non è solo diversa tra gli Ambiti, ma anche all'interno degli stessi Ambiti: diventa allora importante capire quali sono le risorse disponibili, come sono articolate e in quali settori si ritiene prioritario procedere.
- *Conoscenza*. Il primo livello da ricomporre è quello della conoscenza e delle informazioni disponibili; un contesto è tanto più frammentato quanto minori sono la condivisione e la circolazione della conoscenza e delle informazioni. La necessità è potenziare la conoscenza delle strutture presenti sul territorio, dei servizi da esse offerti, delle domande degli utenti e dei bisogni presenti nella comunità. Per questo motivo diventa prioritario rafforzare

percorsi di condivisione e scambio delle informazioni tra soggetti che operano nello stesso territorio, mettendo in rete e a sistema dati, informazioni, letture e buone prassi. Questo passaggio è ciò che consente di procedere verso una più efficace lettura integrata degli interventi di *policy* nel contesto locale; una corretta filiera informativa è il presupposto per una migliore programmazione. Una programmazione fondata su questo approccio può effettivamente fornire un'adeguata lettura e risposta ai bisogni, superando il semplice incontro tra domanda e offerta di servizi.

- *Servizi.* L'offerta proposta sul territorio è eterogenea e spesso prevede notevoli differenze tra Comuni non distanti l'uno dall'altro. Sebbene queste differenze siano il prodotto dell'autonomia degli Enti, è necessario che questi prevedano una maggiore integrazione nel percorso di erogazione dei servizi, per renderli non solo più efficienti, ma anche per facilitarne l'accesso agli utenti. Usando il sistema di conoscenza sarà possibile, per i diversi Ambiti, avere un ampio ventaglio di modelli di riferimento e, nel caso, prendere esempio dalle buone prassi messe a sistema per implementare la propria rete di servizi. Il percorso di integrazione dei servizi permette di definire anche regole, procedure, standard, criteri di accesso e interventi congiunti e integrati tra le varie realtà locali. L'obiettivo è potenziare il grado di integrazione degli Ambiti nella gestione dei servizi (accreditamento e autorizzazione, tariffe ed esenzioni, regole di accesso), rilevando quelle realtà in cui il percorso è già cominciato (e quindi a che livello è) e quelle in cui è ancora in fase embrionale.

In questo quadro è fondamentale una sinergia sempre più elevata tra gli interventi sociosanitari e socioassistenziali dei Piani di Zona, in modo da rafforzare il processo di integrazione, principio cardine della programmazione per le politiche sociali.

Le Regioni, a monte, raccolgono ed elaborano il patrimonio informativo riguardante il sociale, per individuare i bisogni del territorio, con le relative priorità, per dare corso agli obiettivi di intervento che ne conseguono e per quantificare i risultati.

Accanto al Piano di Zona insistono diversi Enti territoriali che collaborano all'implementazione delle politiche sociali sul territorio:

- *I Comuni* componenti dei diversi Ambiti distrettuali, che attraverso l'Assemblea dei Sindaci scelgono l'Ente Capofila del Piano di Zona, il quale si fa carico della conclusione e attuazione dell'Accordo di programma ai sensi dell'art. 34 del d.lgs. 267/2000.²⁰ Con l'approvazione dei Piani di Zona, i Comuni svolgono la funzione di governo del settore sociale e sociosanita-

²⁰ Decreto legislativo del 18 agosto 2000 n. 267, «Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali» (G.U. n. 227 del 28 settembre 2000, Suppl. Ordinario n. 162).

rio. Attraverso le diverse triennalità i Comuni, per mezzo dei Piani di Zona, hanno innovato il modo tradizionale di realizzare politiche sociali, introducendo nuovi modelli di programmazione e gestione associata dei servizi e coinvolgendo sempre più il Terzo Settore nella costruzione del sistema locale di welfare.

- *Gli Enti del Terzo Settore*, con risorse proprie, per realizzare il sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel Piano.
- *L'ASL* svolge una funzione di controllo della coerenza dell'Accordo di programma con le indicazioni regionali, assegnando ai diversi Ambiti le risorse rese disponibili dalla Regione. Nel corso del tempo le ASL hanno ridefinito la propria organizzazione e le proprie attività di produzione diretta di servizi, sviluppando funzioni di programmazione, di controllo della qualità delle prestazioni e di garanti del benessere del cittadino.
- *Le scuole e gli uffici di Giustizia*.

La programmazione e l'attuazione degli obiettivi e delle azioni previste per il triennio 2015-2017 è sostenuta da diversi canali di finanziamento che concorrono alla copertura dei costi:

- *Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS)*: è la fonte nazionale di finanziamento specifico degli interventi di assistenza alle persone e alle famiglie, così come previsto dalla legge quadro 328/2000. Esso va quindi a finanziare la rete articolata di servizi del Piano di Zona, rivolti all'inclusione di soggetti in difficoltà e in generale all'innalzamento della qualità di vita. Le risorse del FNPS finanziano due aree di intervento: da una parte trasferimenti economici alle persone e famiglie gestiti attraverso l'INPS; dall'altra contribuiscono a finanziare proprio la rete integrata di servizi sociali territoriali, con il ruolo attivo delle Regioni, che a loro volta, e in base alle proprie normative e programmazioni sociali, attribuiscono le risorse ai Comuni attraverso il Piano di Zona. L'assegnazione di risorse del FNPS al Piano di Zona, ovvero ai Comuni dell'Ambito, passa quindi attraverso Regione Lombardia. Tale assegnazione è normata dai riferimenti già citati: legge 328/2000 art. 20; decreto legislativo 112/1998 art. 133; legge Regione Lombardia 3/2008 art. 22; d.g.r. 2941/2014 alle pp. 13-14 (Regione Lombardia 2014a).
- *Fondo Sociale Regionale (FSR)*: è un fondo che Regione Lombardia utilizza per finanziare varie attività sociali, come i servizi per la prima infanzia, i servizi residenziali per minori e i centri diurni per minori, l'assistenza domiciliare per minori, gli affidi, le rette per minori in comunità, i servizi di assistenza domiciliare per anziani e disabili e molti altri servizi. È disciplinato attraverso la d.g.r. 2260/2014, la legge 3/2008 agli artt. 23-25, la d.g.r. 2941/2014 alle pp. 13-14.

- *Fondo per le Non Autosufficienze (FNA)*: istituito dalla legge 296/2006,²¹ è finalizzato a garantire su tutto il territorio nazionale l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti. A livello lombardo, ricordiamo che anche la d.g.r. 2941/2014 dà indicazioni relative all'assegnazione di risorse del FNA.
- *Fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili*: istituito con la d.g.r. 116/2013 (Regione Lombardia 2013) rappresenta lo strumento attraverso il quale promuovere interventi, anche di natura economico-finanziaria, finalizzati a offrire una rete di supporto alla famiglia, tutelandone tutti i componenti anche in presenza di condizioni di fragilità e le persone fragili in condizioni di povertà che non consenta adeguata assistenza e cura. I destinatari del provvedimento sono: persone con gravi disabilità, persone anziane fragili e non autosufficienti, persone affette da ludopatia e persone vittime di violenza. Per l'attivazione di tali interventi si dispone la presa in carico globale e integrata delle famiglie e delle loro componenti fragili da parte degli Enti territoriali competenti (ASL, Comuni).
- *Risorse autonome dei Comuni*: i Comuni ubicati nel territorio dell'Ambito contribuiscono a finanziare con proprie risorse le attività del Piano di Zona.
- *Altre risorse (assegnazioni a seguito di intese a livello nazionale; concorso alla spesa da parte dell'utenza, finanziamenti da altri enti concordati a livello di programma o di intese, ecc.)*: il contributo proveniente da questa voce può subire forti oscillazioni da un triennio all'altro, secondo le risorse disponibili, le scelte realizzate e, non ultima, la capacità del territorio di intercettare finanziamenti di varia provenienza (un esempio è il Fondo Sociale Europeo). Questo canale costituisce quindi una risorsa marginale rispetto a quelle sopra citate.

La nuova triennalità dei Piani di Zona si pone quindi obiettivi ambiziosi, resi però inevitabili dalla necessità di procedere a un ripensamento e ammodernamento degli interventi compresi nel sistema del welfare, sia in termini di servizi erogati sia in termini di modelli di protezione legati ai nuovi bisogni (Ferrera 1998). Nuovi bisogni sempre più pressanti in un territorio morfologicamente e socialmente articolato come quello pavese.

Tali processi di cambiamento sono naturalmente influenzati dai contesti territoriali nei quali sono sorte e si sono sviluppate le reti di protezione sociale; il cambiamento nel welfare avviene perché si crea uno squilibrio tra soluzioni praticate e nuovi problemi, per risolvere i quali le vecchie politiche non bastano più.

²¹ Legge 27 dicembre 2006 n. 296, «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» (legge finanziaria 2007) (G.U. n. 299 del 27 dicembre 2006, Suppl. Ordinario n. 244).

Le soluzioni, quindi, mutano al fine di adeguarsi ai nuovi problemi e ai nuovi bisogni (Ferrera 1993).

Da questa *ratio* prende le mosse la necessità di implementare i processi di integrazione e potenziamento della rete sociale; tale bisogno spinge perciò a una modifica degli stessi assetti istituzionali e dei modelli di *governance* preposti alla programmazione ed erogazione delle politiche sociali, favorendo quindi un processo di ricomposizione e di coordinazione degli attori e dei processi di *governance* del welfare locale. È perciò in questa ottica che vanno letti i diversi interventi legislativi e la loro evoluzione, volti a normare l'azione e il ruolo dei Piani di Zona all'interno del governo locale e nella loro opera di produzione ed erogazione delle politiche sociali.

Riferimenti bibliografici

Consorzio Sociale Pavese (2015), «Piano sociale di zona Distretto Sociale di Pavia Programmazione 2015-2017», pp. 12-13.

Decreto legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502, «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», G.U. n. 305 del 30 dicembre 1992, Suppl. Ordinario n. 137.

Decreto legislativo del 7 dicembre 1993 n. 517, «Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», G.U. n. 293 del 15 dicembre 1993, Suppl. Ordinario n. 113.

Decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59», G.U. n. 92 del 21 aprile 1998, Suppl. Ordinario n. 77.

Decreto legislativo del 18 giugno 1998 n. 237, «Disciplina dell'introduzione in via sperimentale, in talune aree, dell'istituto del reddito minimo di inserimento, a norma dell'articolo 59, commi 47 e 48, della legge 27 dicembre 1997, n. 449», G.U. n. 167 del 20 luglio 1998.

Decreto del 5 agosto 1998 n. 363, «Regolamento recante norme per l'individuazione delle particolari esigenze delle università e degli istituti di istruzione universitaria ai fini delle norme contenute nel decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni ed integrazioni», G.U. n. 246 del 21 ottobre 1998.

Decreto legislativo del 18 agosto 2000 n. 267, «Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali», G.U. n. 227 del 28 settembre 2000, Suppl. Ordinario n. 162.

d.P.R. 24 luglio 1977 n. 616, «Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382», G.U. n. 234 del 29 agosto 1977, Suppl. Ordinario.

- Ferrera M. (1993), *Modelli di solidarietà: politiche e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, il Mulino.
- Ferrera M. (1998), *Le trappole del welfare*, Bologna, il Mulino.
- Legge 22 luglio 1975 n. 382, «Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione», G.U. n. 220 del 20 agosto 1975.
- Legge 8 giugno 1990 n. 142, «Ordinamento delle autonomie locali», G.U. n. 135 del 12 giugno 1990, Suppl. Ordinario n. 42.
- Legge 7 agosto 1990 n. 241, «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi», G.U. n. 192 del 18 agosto 1990.
- Legge 15 marzo 1997 n. 59, «Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa», G.U. n. 63 del 17 marzo 1997, Suppl. Ordinario n. 56.
- Legge 15 maggio 1997 n. 127, «Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo», G.U. n. 113 del 17 maggio 1997, Suppl. Ordinario n. 98.
- Legge del 28 agosto 1997 n. 285, «Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza», G.U. n. 207 del 5 settembre 1997.
- Legge 29 dicembre 1997 n. 449, «Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica», G.U. n. 302 del 30 dicembre 1997, Suppl. Ordinario n. 255.
- Legge 18 febbraio 1999 n. 45, «Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze», G.U. n. 53 del 5 marzo 1999).
- Legge 8 novembre 2000 n. 328, «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali», G.U. n. 265 del 13 novembre 2000, Suppl. Ordinario n. 186.
- Legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione», G.U. n. 248 del 24 ottobre 2001.
- Legge 27 dicembre 2006 n. 296, «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)», G.U. n. 299 del 27 dicembre 2006, Suppl. Ordinario n. 244.
- Lovari A. (2007), *La normativa sulla comunicazione pubblica*, Università degli Studi di Siena, maggio 2007.
- Piani di Zona di Broni, Casteggio, Certosa, Corteolona, Garlasco, Mortara, Pavia, Vigevano e Voghera (2015), «Documenti di Piano della triennalità 2015-2017».
- Regione Lombardia (1982), «Linee Programmatiche per il Piano socioassistenziale», deliberazione di Consiglio regionale n. 111/550 del 28 gennaio 1982.

- Regione Lombardia (1986), «Riorganizzazione e programmazione di servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia», legge regionale 7 gennaio 1986, n. 1 (BURL n. 2, 1° Suppl. ordinario dell'8 gennaio 1986).
- Regione Lombardia (1987), «Piano regionale socio assistenziale per il triennio 1988/1990», deliberazione del Consiglio regionale del 23 dicembre 1987, n. 4/871 (BURL, 1° Suppl. straordinario al n. 11, 16 marzo 1988).
- Regione Lombardia (1997), «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali», legge regionale n. 31 dell'11 luglio 1997 (BURL n. 28, 2° Suppl. ordinario dell'11 luglio 1997).
- Regione Lombardia (2000), «Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112», legge regionale n. 1 del 5 gennaio 2000 (BURL n. 2, 1° Suppl. ordinario del 10 gennaio 2000).
- Regione Lombardia (2001), «Ripartizione delle risorse indistinte del Fondo nazionale per le politiche sociali in applicazione della legge 8 novembre 2000, n. 328 ed assegnazione alle Aziende Sanitarie Locali e, per la parte di competenza, al Comune di Milano, dei finanziamenti destinati agli ambiti distrettuali - Anno 2001», d.g.r. 11 novembre 2001 n. 7069.
- Regione Lombardia (2002a), DG Famiglia e Solidarietà Sociale, «Modalità di utilizzo del FNPS attraverso la predisposizione ed attuazione dei Piani di Zona», circolare numero 7 del 29 aprile 2002.
- Regione Lombardia (2002b), «Approvazione del Piano sociosanitario regionale (PSSR) 2002-2004», deliberazione del Consiglio regionale n. VII/462.
- Regione Lombardia (2005a), «Indirizzi di programmazione dei Piani di Zona 2006-2008», circolare del 29 luglio 2005 n. 34.
- Regione Lombardia (2005b), «Linee guida definizione Piani di Zona 2006-2008», circolare del 27 ottobre 2005 n. 48.
- Regione Lombardia (2008a), «Comunicazioni in merito alle linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona 2009-2011», nota del 4 agosto 2008.
- Regione Lombardia (2008b), «Determinazione in ordine alle linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona - 3° triennio (2009-2011)», d.g.r. 3 dicembre 2008 n. VIII-8551.
- Regione Lombardia (2008c), «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario», legge regionale del 12 marzo 2008 n. 3.
- Regione Lombardia (2011), «Approvazione documento 'Un welfare della sostenibilità e della conoscenza - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014', d.g.r. 16 novembre 2011 n. 2505.
- Regione Lombardia (2012), «Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare», d.g.r. 4 aprile 2012 n. IX/3239.

Regione Lombardia (2013), «Determinazioni in ordine all'istituzione del Fondo Regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo», d.g.r. 14 maggio 2013 n. 116.

Regione Lombardia (2014a), «Determinazioni in merito al Fondo Sociale Regionale 2014», d.g.r. 1 agosto 2014 n. 2260.

Regione Lombardia (2014b), «Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017», d.g.r. 19 dicembre 2014 n. 2941.

Regione Lombardia (2014c), «Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.g.r. 116/2013: secondo provvedimento attuativo - Conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative», d.g.r. 19 dicembre 2014 n. 2942.

Capitolo 2

BISOGNO DI SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI IN PROVINCIA DI PAVIA: UN CONFRONTO TRA I NOVE PIANI DI ZONA

Cristina Cordoni (Università di Pavia)

INTRODUZIONE

La modificazione dell'organizzazione sociale, che si esprime attraverso una parcellizzazione del tessuto familiare e una presenza sempre più marcata di nuclei familiari monopersonali, fa emergere una serie di bisogni sociali nuovi, che nel passato frequentemente venivano gestiti in modo informale attraverso forme di *caregiver* familiare.¹ Si tratta di bisogni legati a tutte le fasce d'età: minori, disabili, soggetti con dipendenze, anziani.

I servizi sociali e le comunità per l'accoglienza dei minori concordano nell'evidenziare una sempre maggiore incidenza di ospiti che presentano un quadro sociosanitario complesso.

L'approccio adottato, dai servizi sociali e sociosanitari, alle problematiche dei disabili si sono parimenti modificate, secondo quanto indicato da Regione Lombardia, verso un impegno crescente nella direzione della conservazione del disabile all'interno del nucleo familiare e dell'inserimento, ove possibile, in contesti lavorativi e socializzanti che contrastino l'esclusione.

L'allungamento dell'aspettativa di vita ha significative ricadute sulla gestione dell'area anziani, che rappresentano sempre più una quota importante dei soggetti fragili che si rivolgono ai servizi sociali e sociosanitari: si osserva che gli anziani spesso vivono soli, sempre più spesso sono portatori di pluripatologie e in condi-

¹ Il *caregiver* è una persona responsabile che, in ambito domestico, si prende cura di un soggetto non autonomo o disabile, consentendogli di vivere nel proprio ambiente familiare. Organizza l'ambiente in modo da consentire la migliore qualità di vita del proprio assistito, anche occupandosi dell'igiene, dell'alimentazione, dei trasferimenti e della mobilizzazione (Fonte URL: <<http://www.operatoresociosanitario.net>> [data di accesso: ottobre 2015]).

zioni di fragilità economica. La relazione tra incremento della speranza di vita e incremento della durata della 'malattia' comporta che, a partire dal 1900, a ogni anno di vita in più corrisponde un aumento di 6 mesi di malattia (Lizzola 2015).

Il territorio della Provincia di Pavia è suddiviso in 9 Ambiti e i dati riportati nei 9 Piani di Zona (PdZ), elaborati dai Piani per la Triennalità 2015-2017, configurano il quadro della popolazione residente riportato in tabella 1.

Tabella 1. Popolazione residente per Ambito da PdZ 2015-2017 per categorie.

Ambito	Minori	% sul totale	Adulti	% sul totale	Anziani	% sul totale	Totale
Broni	6.078	14,93	23.802	58,46	13.446	33,02	40.716
Casteggio	3.915	11,31	19.902	57,49	10.804	31,21	34.621
Certosa	14.283	19,15	48.735	65,33	11.576	15,52	74.594
Corteolona	7.254	15,84	28.919	63,14	9.631	21,03	45.804
Garlasco	7.860	14,09	34.103	61,14	13.817	24,77	55.780
Mortara	6.292	14,71	26.673	62,34	9.820	22,95	42.785
Pavia	14.572	14,04	64.181	61,85	25.016	24,11	103.769
Vigevano	16.535	19,15	50.566	58,56	19.242	22,29	86.343
Voghera	9.327	13,96	39.229	58,73	18.242	27,31	66.798
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>86.116</i>	<i>15,62</i>	<i>336.110</i>	<i>60,98</i>	<i>131.594</i>	<i>23,87</i>	<i>551.210</i>

Fonte: nostra elaborazione dati PdZ provincia di Pavia Triennalità 2015-2017.

L'Ambito più popoloso è quello di Pavia, capoluogo di Provincia, mentre il meno popoloso quello di Casteggio, il cui territorio si estende in parte sulle colline dell'Oltrepò.

Nell'Ambito di Casteggio si registra la percentuale minima, sul totale dei residenti, sia per il target minori (11,31%), sia per quello adulti (31,21%).

L'Ambito di Certosa appare caratterizzato da una popolazione particolarmente giovane: insieme a Vigevano è l'Ambito con la maggiore percentuale di minori residenti (19,15%) ed è anche l'Ambito con la minore percentuale di residenti anziani (15,52%).

L'Ambito di Certosa ha registrato negli ultimi anni un costante e progressivo incremento demografico, dovuto all'espansione della capacità abitativa promossa da molti Comuni dell'Ambito. La popolazione mostra indici di carico sociale inferiori alla media provinciale, regionale e nazionale, dovuto alla presenza di molte famiglie giovani.

L'Ambito di Broni è quello in cui risiede, percentualmente sul totale, il maggior numero di anziani (33,02%), seguito immediatamente dall'Ambito di Casteggio (31,21%), mentre nella maggior parte degli Ambiti (6 su 9) la percentua-

le di popolazione anziana residente è compresa fra il 21,03% di Corteolona e il 27,31% di Voghera.

2.1. LA FRAGILITÀ SOCIOECONOMICA

Le variabili prese in considerazione dall'ASL, in quanto caratterizzanti della fragilità sociale ed economica, sono le seguenti:

- assenza di aggregato familiare (soggetto che vive solo);
- basso reddito (fino a 11,000 euro annui);
- condizioni abitative inadatte;
- fruitore di Voucher sociale, fruitore di buono sociale.

In tabella 2, per l'anno 2015, sono riassunti i residenti con basso reddito, con invalidità al 100% o con accompagnamento, distribuiti per Ambito territoriale e per fascia di età.

Tabella 2. Cittadini con fragilità sociale per fascia d'età.

Ambito	Fascia età					Totale
	0-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Broni	6	4	6	9	89	114
Casteggio	4	3	4	7	70	88
Certosa	12	6	9	11	78	117
Corteolona	8	5	6	11	84	114
Garlasco	9	5	7	8	72	102
Mortara	8	3	6	8	52	76
Pavia	16	12	16	23	194	260
Vigevano	12	9	11	15	102	149
Voghera	8	6	9	15	146	183
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>82</i>	<i>52</i>	<i>74</i>	<i>108</i>	<i>886</i>	<i>1.202</i>

Fonte: ASL Pavia - ISTAT.

Il numero di residenti segnalati con fragilità sociale o economica, nei diversi Ambiti, è riportato rispettivamente nelle tabelle 3 e 4.

Il confronto fra le due annualità fa emergere variazioni percentuali particolarmente difformi tra loro nei vari Ambiti, caratteristica che si riscontra per tutte le variabili selezionate come indicatori di fragilità sociale.

Tabella 3. Cittadini segnalati dai Comuni per fragilità sociale (anni 2010 e 2013).

Ambito	Vive solo		Variazione	Servizio di assistenza domiciliare		Voucher sociale		Variazione
	2010	2013		2010	2013	2010	2013	
Broni	24	53	120,83%	n.p.	53	5	15	200,00%
Casteggio	105	100	-4,76%	n.p.	33	17	14	-17,65%
Certosa	161	151	-6,21%	n.p.	38	13	17	30,77%
Corteolona	81	92	13,58%	n.p.	20	6		-100,00%
Garlasco	145	135	-6,90%	n.p.	17	28	13	-53,57%
Mortara	67	109	62,69%	n.p.	21	3	14	366,67%
Pavia	93	35	-62,37%	n.p.	18	1	5	400,00%
Vigevano	82	76	-7,32%	n.p.	26	14	18	28,57%
Voghera	97	101	4,12%	n.p.	45	61	31	-49,18%
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>855</i>	<i>852</i>	<i>-0,35%</i>	<i>n.p.</i>	<i>271</i>	<i>148</i>	<i>127</i>	<i>-14,19%</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

Tabella 4. Cittadini segnalati dai Comuni per fragilità economica e socioeconomica (anni 2010 e 2013).

Ambito	Basso reddito		Variazione	Abitazione inadeguata		Variazione
	2010	2013		2010	2013	
Broni	14	47	235,71%	4	13	225,00%
Casteggio	39	35	-10,26%	4	2	-50,00%
Certosa	53	72	35,85%	15	14	-6,67%
Corteolona	34	50	47,06%	3	5	66,67%
Garlasco	14	42	200,00%	6	9	50,00%
Mortara	5	55	1000,00%	3	13	333,33%
Pavia	64	24	-62,50%	9	52	477,78%
Vigevano	80	70	-12,50%	18	20	11,11%
Voghera	70	70	0,00%	4	1	-75,00%
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>373</i>	<i>465</i>	<i>24,66%</i>	<i>66</i>	<i>129</i>	<i>95,45%</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

Il numero di cittadini segnalati dai Comuni del territorio comprende tutti coloro che presentano almeno una delle condizioni di fragilità sociale sopra definite, ma spesso ne presentano diverse contemporaneamente. Pertanto, il numero assoluto delle fragilità risulterà maggiore rispetto al numero assoluto di soggetti segnalati (tabella 5).

Tabella 5. Indice di plurifragilità.

Ambito	Numero assoluto fragilità	Totale soggetti fragili	Numero assoluto fragilità / Totale soggetti fragili
Broni	181	114	1,59
Casteggio	184	88	2,09
Certosa	292	116	2,52
Corteolona	167	114	1,46
Garlasco	216	101	2,14
Mortara	212	77	2,75
Pavia	n.d.	n.d.	n.d.
Vigevano	210	149	1,41
Voghera	248	184	1,35
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>1.844</i>	<i>1.202</i>	<i>1,53</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

L'indice di plurifragilità, riportato nell'ultima colonna della tabella 5, è calcolato come rapporto fra il numero di fragilità rilevate e il numero di soggetti fragili segnalati. Si tratta, quindi, di un indice che cresce laddove risulti mediamente più frequente la coesistenza di diverse fragilità in capo a un singolo soggetto. Fra gli 8 Ambiti della provincia di Pavia di cui si dispongono i dati, l'indice risulta massimo nell'Ambito di Mortara e minimo nell'Ambito di Voghera. In 4 Ambiti su 8 l'indice supera il valore di 2, espressione di un'elevata fragilità dei soggetti segnalati, in quanto mediamente portatori ciascuno di due fragilità sociali o socioeconomiche.

Nel grafico 1 viene rappresentata la distribuzione delle fragilità segnalate, sul territorio, per Ambito di riferimento e in relazione alla numerosità della popolazione ivi residente.

La semiretta avente inizio all'origine degli assi, che intercetta il maggior numero di Ambiti in base al loro posizionamento nel grafico, può essere interpretata come espressione del *trend* prevalente sul territorio. La semiretta divide il grafico in due aree:

- il semipiano inferiore, dove si collocano gli Ambiti (Broni, Casteggio e Mortara) in cui è maggiore l'incidenza delle fragilità rispetto al numero di abitanti;²

² Ad esempio: gli Ambiti di Garlasco e Mortara presentano circa lo stesso numero di fragilità (rispettivamente 216 e 212), pur contando un numero di residenti diverso: maggiore nell'Ambito di Garlasco (55.780 ab.) che in quello di Mortara (42.785 ab.).

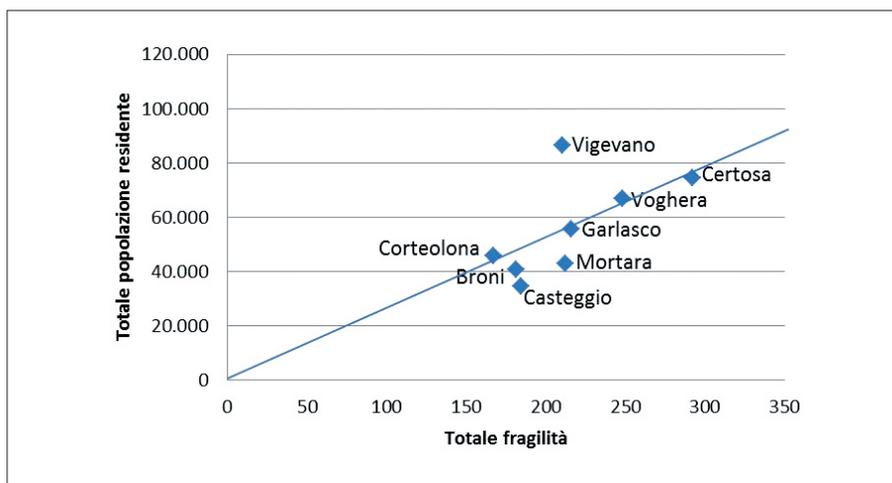


Grafico 1. Distribuzione delle fragilità, in relazione alla popolazione residente, per Ambito (anno 2013).

Fonte: nostra elaborazione.

- il semipiano superiore, dove si colloca l'Ambito (Vigevano) in cui è minore l'incidenza delle fragilità rispetto al numero di abitanti.³

È interessante notare che Vigevano, uno dei due Ambiti afferenti ai due maggiori centri della provincia (di Pavia non si dispongono i dati) si colloca nell'area in cui è minore la presenza di fragilità in rapporto alla popolazione. Tenendo conto dell'elevata dispersione familiare nei grandi centri, si tratta di un dato abbastanza inatteso, forse riconducibile a una maggiore difficoltà di emersione delle problematiche sociali in relazione a strutture sociosanitarie di maggiori dimensioni.

Come si evince dal grafico, il posizionamento di Vigevano e Certosa, gli ambiti più popolosi del territorio di cui si dispongono i dati, è diversificato rispetto al totale delle fragilità segnalate, che risulta massimo per l'Ambito di Certosa.

2.2. IL BISOGNO DELLA PRIMA INFANZIA

I bambini di oggi, spesso figli unici, hanno minori opportunità di socializzazione con i loro pari e le Unità di Offerta (UdO) per la prima infanzia si configurano come un servizio che risponde a questo bisogno: un'opportunità di socialità per i bambini e, secondo parte della letteratura, un'occasione di risposta a un crescente

³ Sempre prendendo ad esempio l'Ambito di Garlasco e confrontandolo, questa volta, con quello di Vigevano, si riscontra un numero allineato di fragilità (rispettivamente 216 e 210) a fronte di un diverso numero di residenti, minore a Garlasco (55.780 ab.) rispetto a Vigevano (86.343 ab.).

senso di inadeguatezza nell'interpretazione del ruolo genitoriale (Cavagnero *et al.* 2015).

Già nel «Piano regionale socioassistenziale per il triennio 1988» si parla di una «politica del minore» mirata a dare rilievo alla centralità del bambino quale soggetto di diritti, riconoscendone la peculiarità dei problemi. Si tratta di una tematica da affrontare con sistematico impegno e secondo una visione complessiva del benessere psico-fisico del minore, privilegiando la multidisciplinarietà dell'analisi, nel rispetto dell'unitarietà della persona.

Per prima infanzia si intendono i bambini di età inferiore a 3 anni per i quali le UdO di servizi sociali sono riconducibili a: asili nido, micronidi, nidi famiglia e centri per la prima infanzia.

Nella provincia di Pavia, rispetto al totale della popolazione residente, la percentuale di questa fascia d'età varia da un minimo del 2,06% dell'Ambito di Voghera a un massimo del 3,35% dell'Ambito di Certosa. Ben 4 Ambiti su 9 (Broni, Casteggio, Garlasco, Voghera) presentano una percentuale di popolazione residente con meno di 3 anni che si assesta al di sotto del 2,10%, e l'unico a superare il 3% è l'Ambito di Certosa.

La percentuale di bambini con meno di 3 anni di età, riportata nella tabella 6, rappresenta il *bisogno potenziale* dei diversi Ambiti, ottenuto rapportando il numero totale di minori di 3 anni di età residenti nell'Ambito, al totale della popolazione ivi residente.

Il bisogno di UdO per la prima infanzia è legato alla progressiva modificazione della struttura sociale, in cui viene meno la presenza di più generazioni all'in-

Tabella 6. Bisogno potenziale.

Ambito	Bambini < 3 anni residenti	Totale popolazione residente	Bambini < 3 anni residenti / totale popolazione residente
Broni	848	40.716	2,08%
Casteggio	716	34.621	2,07%
Certosa	2.496	74.594	3,35%
Corteolona	1.186	45.804	2,59%
Garlasco	1.164	55.780	2,09%
Mortara	958	42.785	2,24%
Pavia	2.484	103.769	2,39%
Vigevano	2.233	86.343	2,59%
Voghera	1.378	66.798	2,06%
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>13.463</i>	<i>551.210</i>	<i>2,44%</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati PdZ Triennialità 2015-2017.

terno dello stesso nucleo familiare. La figura dei nonni, che si prendevano cura dei nipoti, sta diventando via via più rara e al contempo si consolida l'impegno lavorativo fuori casa di entrambi i genitori.

Si configura, quindi, la necessità di strutture in appoggio alla famiglia per la cura dei bambini, già dai primissimi anni d'età. Attualmente però, in conseguenza della crisi economica – che ha anche provocato la perdita di numerosi posti di lavoro –, il bisogno di UdO prima infanzia ha subito una contrazione.

Il *bisogno manifesto* dei diversi Ambiti, riportato in tabella 7, è dato dal numero di bambini effettivamente iscritti a una UdO prima infanzia rapportato al totale dei bambini con meno di 3 anni residente ed espresso come percentuale.

Tabella 7. Bisogno manifesto.

Ambito	Bambini iscritti a una UdO prima infanzia	Bambini < 3 anni residenti	Bambini iscritti a una UdO prima infanzia / bambini < 3 anni residenti
Broni	n.d.	848	n.d.
Casteggio	57	716	7,96%
Certosa	363	2.496	14,54%
Corteolona	134	1.186	11,30%
Garlasco	140	1.164	12,03%
Mortara	n.d.	958	n.d.
Pavia	586	2.484	23,59%
Vigevano	426	2.233	19,08%
Voghera	146	1.378	10,60%
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>1.852</i>	<i>13.463</i>	<i>13,76%</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia e PdZ 2015-2017.

Nota: non si dispone dei dati relativi agli Ambiti di Broni e Mortara.

Nei casi degli Ambiti di Casteggio e Voghera, i bassi valori del bisogno manifesto (rispettivamente 7,96% e 10,60%) possono essere ricondotti a una struttura sociale simile, caratterizzata dalla presenza di piccoli centri dove è più facile che si esprimano fenomeni di relazioni amicali o di *caregiver* familiare, che si sostituiscono alle UdO prima infanzia nella funzione di cura dei bambini.

All'opposto, Pavia e Vigevano presentano un bisogno manifesto fra i più alti (rispettivamente 23,59% e 19,08%), probabilmente proprio per la presenza dei due grandi centri, in cui l'assetto sociale meno si presta all'individuazione di formule alternative alle UdO prima infanzia.

Complessivamente, il numero degli iscritti è aumentato: nel 2006 i bambini iscritti erano infatti circa 1.500, mentre adesso sono quasi 1.900, con una lieve riduzione negli ultimi anni per l'Oltrepò e la Lomellina (grafico 2).

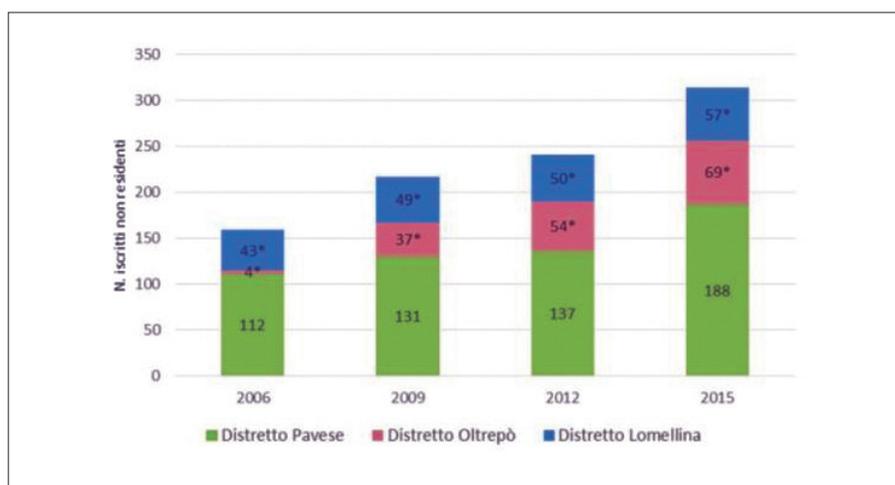


Grafico 2. Andamento del numero di bambini iscritti nelle Udo prima infanzia nei tre Distretti della provincia di Pavia.

* Per i Distretti Oltrepò e Lomellina i dati sono calcolati su due soli Ambiti (invece che su tre), in quanto non si dispone dei dati inerenti al numero degli iscritti nelle Udo per gli Ambiti di Broni e Mortara. Fonte: Albrighoni et al. 2015.

Incrociando il bisogno manifesto con il bisogno potenziale (tabella 8), è possibile posizionare i diversi Ambiti in una matrice a doppia entrata (grafico 3) divisa in 4 quadranti, ciascuno dei quali individua particolari caratteristiche del bisogno della prima infanzia, espresso dall'Ambito.

Tabella 8. Caratteristiche del bisogno della prima infanzia per Ambito.

Ambito	Bambini iscritti a una UdO prima infanzia / bambini < 3 anni residenti	Bambini < 3 anni residenti / totale popolazione residente
Broni	n.d.	2,08%
Casteggio	7,96%	2,07%
Certosa	14,54%	3,35%
Corteolona	11,30%	2,59%
Garlasco	12,03%	2,09%
Mortara	n.d.	2,24%
Pavia	23,59%	2,39%
Vigevano	19,08%	2,59%
Voghera	10,60%	2,06%
Provincia di Pavia	13,76%	2,44%

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

Nota: non si dispone dei dati relativi agli Ambiti di Broni e Mortara.

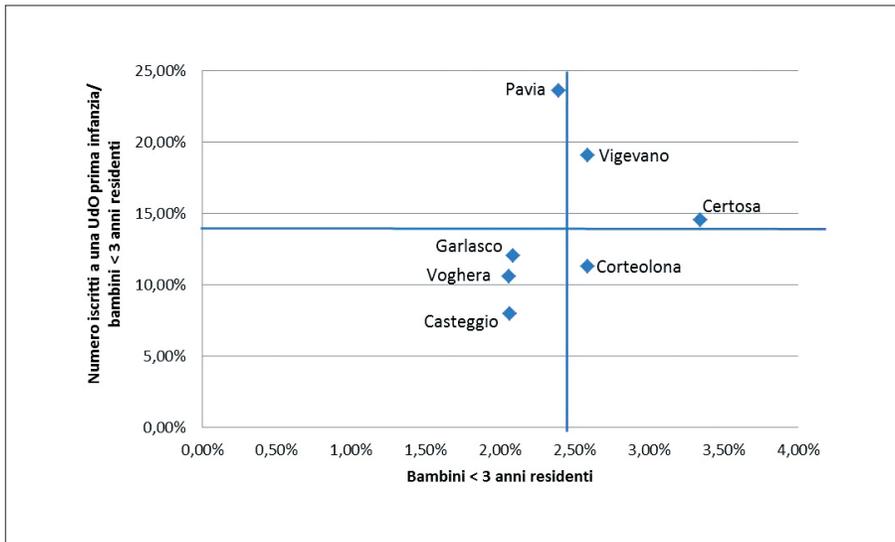


Grafico 3. Matrice di confronto tra Ambiti sulla base di bisogno manifesto e bisogno potenziale, prima infanzia.

Fonte: nostra elaborazione.

I quadranti del grafico 3 sono divisi utilizzando il valore provinciale dei parametri esaminati.

Definiamo *strutturato* il quadrante in alto a sinistra, in quanto rappresenta una situazione in cui sono molti gli iscritti d una UdO prima infanzia a fronte di un basso numero di bambini con meno di 3 anni.

Il quadrante in basso a sinistra esprime un quadro *semplice* in cui sono poco numerosi gli iscritti nelle UdO prima infanzia, ma sono anche poco numerosi i bambini con meno di 3 anni residenti nell'Ambito.

Il quadrante in alto a destra si configura come *complesso*, in quanto rileviamo un elevato numero di iscritti a una UdO prima infanzia, ma anche un elevato numero di bambini con meno di 3 anni residenti nell'Ambito.

Il quadrante in basso a destra presenta una prevalenza della gestione *domiciliare* dei bambini con meno di 3 anni con un basso ricorso alle UdO prima infanzia, pur presentando un elevato numero di bambini con meno di 3 anni residenti.

Analizzando il grafico 3 si osserva che l'Ambito di Pavia è l'unico a collocarsi nel quadrante *strutturato*, in cui è maggiore il ricorso alle UdO prima infanzia a fronte di una percentuale di bambini residenti inferiore, anche se di poco, alla media provinciale.

L'Ambito di Pavia è fra quelli che evidenziano un indice di crescita minore, condizionato dal *trend* di residenti nel Capoluogo Pavia, che presenta una

situazione sostanzialmente invariata nel periodo 2002-2014; d'altro canto, al Capoluogo afferisce un bacino di utenza che va ben oltre i cittadini residenti, interessando anche i pendolari che, lavorando a Pavia, trovano opportuno fare ricorso alle UdO per la prima infanzia presenti in città in prossimità del posto di lavoro (Cordoni 2015).

Gli Ambiti di Vigevano e Certosa si collocano nel quadrante *complesso*, con un ricorso alle UdO prima infanzia superiore alla media provinciale, a fronte di una percentuale di bambini con meno di tre anni residenti, superiore alla media provinciale.

Riguardo alla città di Vigevano si riscontra, nel periodo 2002-2014, una crescita considerevole in termini di popolazione residente (da 57.444 a 63.268 abitanti) anche negli anni della crisi, grazie a un costo della vita più contenuto rispetto alle grandi città. Si è posta perciò la necessità per gli Enti territoriali preposti di rivedere e ampliare la rete dei servizi sociali, ivi compresi i servizi diretti alla prima infanzia (Salvati 2015, p. 142).

L'Ambito di Certosa risulta tra i maggiormente interessati dalla crescita demografica, in particolare nei Comuni di dimensioni minori, evento di difficile spiegazione, forse riconducibile a fenomeni di 'immigrazione di ritorno' a fronte di un aumento dei costi abitativi dei grandi centri. L'attrattività dell'Ambito di Certosa, nel suo complesso, è legata alla favorevole posizione rispetto all'area milanese per famiglie giovani, spesso con bambini piccoli, che cercano soluzioni abitative di compromesso fra una buona qualità di vita e una minimizzazione delle percorrenze giornaliere verso il posto di lavoro (Cordoni 2015).

Corteolona è l'unico Ambito che si colloca nel quadrante *domiciliare*, in cui il ricorso alle relazioni amicali o parentali ben si concilia con le caratteristiche dell'Ambito, formato da 25 Comuni che hanno piccole, se non piccolissime, dimensioni (ben cinque Comuni hanno una popolazione di meno di 500 abitanti) e una dispersione abitativa incrementata dalla presenza di numerose frazioni e cascine.

Gli Ambiti di Garlasco, Voghera e Casteggio si collocano nel quadrante *semplice* con una percentuale di bambini residenti inferiore alla media provinciale, così come il numero di iscritti a UdO prima infanzia.

La collocazione di Garlasco nel quadrante in esame è legata alla notevole contrazione della domanda da parte delle famiglie del territorio del PdZ collegata alla fase più acuta della crisi economica, dell'aumento della disoccupazione (specialmente femminile) e della riduzione dei redditi, che hanno influenzato le scelte delle famiglie per quel che concerne le spese nel settore welfare prima infanzia.

Nell'Ambito di Voghera, il numero di bambini residenti è stabile, mentre il *trend* delle iscrizioni risulta negativo e riconducibile sostanzialmente anch'esso alla crisi economica e alla conseguente diminuzione della domanda reale delle famiglie del territorio, che hanno preferito affidare i propri figli ad altre forme di *caregiver* (Salvati 2015, pp. 121, 122, 171).

L'Ambito di Casteggio si caratterizza per la presenza di Comuni di dimensioni piccole o piccolissime (8 paesi con meno di 500 abitanti, 7 fra 500 e 1.000 abitanti, 7 fra 100 e 1.500 abitanti, 3 soli Comuni con più di 2.000 abitanti), nei quali risulta diffuso il ricorso al *caregiver* familiare; inoltre, il numero di bambini residenti è in leggera riduzione rispetto agli anni passati (Spaghi 2015).

In conclusione, considerando i 7 Ambiti di cui si dispongono i dati, 3 si collocano in un contesto *semplice*, in cui sono pochi sia i bambini residenti sia quelli iscritti a una UdO prima infanzia, a conferma della collocazione della provincia di Pavia come quella con la maggior percentuale di anziani fra la popolazione residente (Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno 2010).

2.3. IL BISOGNO DELLA PERSONA DISABILE

La disabilità è una condizione difficile da identificare già dalla sua definizione: la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (Icf), elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001, ne propone un nuovo punto di vista inquadrandola come «la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo».

Una persona 'disabile' presenta gravi difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni quotidiane, difficoltà nella comunicazione (vista, udito o parola). Si tratta di un problema che coinvolge soprattutto gli anziani: infatti, quasi la metà delle persone con disabilità ha più di ottant'anni. Le differenze di genere evidenziano uno svantaggio tutto al femminile: circa due terzi delle persone con disabilità sono donne.

Il quadro nazionale risulta fortemente disomogeneo: la disabilità è più diffusa nell'Italia insulare (5,7%) e nel Sud (5,2%), con un picco del 6,1% in Sicilia, mentre al Nord la percentuale di persone con disabilità supera di poco il 4% (in Lombardia si colloca al 3,8%) (Solipaca 2010).

Per stimare il numero dei cittadini con disabilità, si è fatto riferimento ai cittadini con invalidità al 100%, con o senza accompagnamento, residenti nei 9 Ambiti territoriali della ASL di Pavia, quantificati in base alle elaborazioni dati e al relativo flusso di esenzioni del *Datawarehouse* (DWH) aziendale.

I tre Ambiti della Lomellina (Garlasco, Mortara e Vigevano) presentano una sostanziale uniformità.

Dai dati non sembra emergere una correlazione tra la numerosità di presidi ospedalieri presenti nell'Ambito e l'incidenza della popolazione disabile residente. Infatti, l'Ambito di Pavia, che dispone di un significativo complesso di strutture sanitarie, e quello di Corteolona che ne è privo, evidenziano una percentuale simile di disabili residenti.

La percentuale di disabili riportata nella tabella 9 rappresenta il *bisogno potenziale* dei diversi Ambiti, ottenuto rapportando il numero totale di disabili residenti nell'Ambito al totale della popolazione ivi residente.

Tabella 9. Bisogno potenziale.

Ambito	Totale disabili	Totale residenti	% disabili
Broni	2.087	40.716	5,13%
Casteggio	1.611	34.621	4,65%
Certosa	2.096	74.594	2,81%
Corteolona	2.070	45.804	4,52%
Garlasco	1.841	55.780	3,30%
Mortara	1.374	42.785	3,21%
Pavia	4.725	103.769	4,55%
Vigevano	2.673	86.343	3,10%
Voghera	3.357	66.798	5,03%
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>21.834</i>	<i>551.210</i>	<i>3,96%</i>

Fonte: nostra elaborazione dati ASL Pavia e ISTAT.

Il bisogno potenziale si rivela disomogeneo nell'Ambito della provincia di Pavia, con una percentuale di popolazione residente disabile per Ambito che va da un minimo del 2,81% dell'Ambito di Certosa a un massimo del 5,13% dell'Ambito di Broni. Al riguardo è possibile osservare (tabella 1) come tali Ambiti siano rispettivamente quelli con la minore (15,52%) e la maggiore (33,02%) percentuale di popolazione anziana residente.

Nella tabella 10 viene riassunto il quadro della popolazione disabile residente nei vari Ambiti; si ritiene interessante, in un'ottica di programmazione dei servizi sociali e socio-sanitari, evidenziare il numero dei soggetti e la distribuzione per fascia d'età, calcolandone le percentuali in rapporto al totale della popolazione disabile.

Dalla tabella 10 si evince che, mediamente, la fascia d'età oltre i 65 anni esprime più del 76% delle invalidità presenti sul territorio, con alcuni picchi significativi negli Ambiti di Casteggio, Voghera e Broni. Esaminando la fascia d'età entro i 34 anni si osserva il massimo dell'incidenza percentuale dell'Ambito di Certosa, riconducibile al fatto già evidenziato che si tratta dell'Ambito con maggiore incidenza di popolazione giovane (l'unico Ambito in cui l'indice di vecchiaia scende al di sotto di 100).

Complessivamente, la variabilità percentuale fra gli Ambiti risulta più marcata nella fascia 0-34, in cui si va da un minimo di 3,84% di Voghera a un massimo di 9,11%, appunto, di Certosa.

Tabella 10. Disabili residenti con invalidità 100% o con accompagnamento (anno 2015).

Ambito	Fascia età										Totale
	0-34	%	35-44	%	45-54	%	55-64	%	65+	%	
Broni	91	4,36	52	2,49	109	5,22	149	7,14	1.686	80,79	2.087
Casteggio	69	4,28	37	2,30	66	4,10	114	7,08	1.325	82,25	1.611
Certosa	191	9,11	89	4,25	161	7,68	190	9,06	1.465	69,90	2.096
Corteolona	124	5,99	63	3,04	107	5,17	190	9,18	1.586	76,62	2.070
Garlasco	138	7,50	74	4,02	126	6,84	139	7,55	1.364	74,09	1.841
Mortara	123	8,95	43	3,13	95	6,91	129	9,39	984	71,62	1.374
Pavia	251	5,31	163	3,45	274	5,80	385	8,15	3.652	77,29	4.725
Vigevano	200	7,48	117	4,38	193	7,22	247	9,24	1.916	71,68	2.673
Voghera	129	3,84	77	2,29	149	4,44	255	7,60	2.747	81,83	3.357

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

I dati confermano inoltre che al crescere della fascia d'età cresce la percentuale di popolazione disabile.

2.3.1. Utenti di RSD, CSS, CDD

Le persone disabili presentano una serie di bisogni estremamente diversificati in funzione della o delle patologie da cui sono affetti e della compresenza di altre fragilità, legate al contesto economico e sociale in cui sono inseriti. Quindi il bisogno complessivo, espresso da questa fascia di utenti dei servizi sociali e sociosanitari, è stato calcolato sommando il numero di ospiti/utenti di strutture presenti sul territorio: Residenze Sociosanitarie per Disabili (RSD), Comunità Sociosanitarie (CSS), Centri Diurni per Disabili (CDD) (tabella 11).

Dai dati si rileva che la tipologia di struttura maggiormente frequentata è quella del CDD (319 utenti su un totale di 678), seguita dalle RSD con 251 ospiti e infine dai CSS con 107 utenti.

L'Ambito di Voghera è quello con il maggior numero di utenti (177), seguito da quello di Pavia (163), mentre Garlasco e Certosa, con 29 utenti, risultano gli Ambiti in cui è minima la fruizione delle strutture per disabili da parte della popolazione target.

Anche per questo target di utenti si effettua un confronto fra i 9 Ambiti, prendendo in considerazione:

- il *bisogno potenziale*, rappresentato dalla popolazione disabile (tabella 9) che potrebbe accedere ai servizi sociali e sociosanitari dedicati;

Tabella 11. Utenti delle strutture per disabili, per Ambito e tipologia di UdO.

Ambito	N. ospiti Residenze Sociosanitarie per Disabili	N. utenti Comunità Sociosanitarie	N. utenti Centri Diurni per Disabili	N. totale ospiti e/o utenti delle strutture per disabili
Broni	20	30	27	77
Casteggio	36	-	-	36
Certosa	-	-	29	29
Corteolona	-	10	30	40
Garlasco	11	-	18	29
Mortara	18	-	29	47
Pavia	47	35	81	163
Vigevano	18	10	53	81
Voghera	102	23	52	177
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>251</i>	<i>107</i>	<i>319</i>	<i>678</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

- il *bisogno manifesto* (tabella 12), dato dal numero di residenti effettivamente ospiti di una RSD, o utenti di un CSS o di un CSD rapportato alla percentuale di popolazione residente.

Tabella 12. Bisogno manifesto.

Ambito	N. totale utenti delle strutture per disabili	N. disabili residenti	N. totale utenti / N. disabili residenti
Broni	77	2.087	3,69%
Casteggio	36	1.611	2,23%
Certosa	29	2.096	1,38%
Corteolona	40	2.070	1,93%
Garlasco	29	1.841	1,58%
Mortara	47	1.374	3,42%
Pavia	163	4.725	3,45%
Vigevano	81	2.673	3,03%
Voghera	177	3.357	5,27%

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

Nella tabella 13 sono riepilogati il bisogno manifesto e il bisogno potenziale espressi dalle persone disabili, suddivisi per Ambito.

Tabella 13. Caratteristiche del bisogno popolazione disabile per Ambito

Ambito	N. disabili residenti / Totale popolazione residente	N. totale utenti / N. disabili residenti
Broni	5,13%	3,69%
Casteggio	4,65%	2,23%
Certosa	2,81%	1,38%
Corteolona	4,52%	1,93%
Garlasco	3,30%	1,58%
Mortara	3,21%	3,42%
Pavia	4,55%	3,45%
Vigevano	3,10%	3,03%
Voghera	5,03%	5,27%
<i>Provincia di Pavia</i>	5,13%	3,69%

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

Da questi dati è possibile costruire una matrice di posizionamento dei diversi Ambiti relativamente al bisogno di servizi sociali e sociosanitari da parte della popolazione disabile (grafico 4).

I quadranti sono divisi utilizzando il valore provinciale dei parametri esaminati.

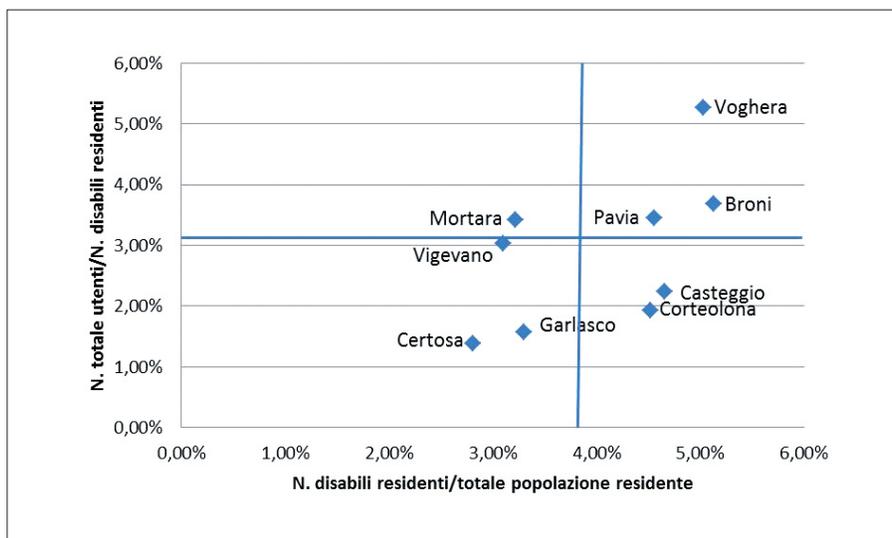


Grafico 4. Matrice di confronto tra Ambiti sulla base di bisogno manifesto e bisogno potenziale, target disabili.

Fonte: nostra elaborazione.

Così come è stato fatto nel paragrafo precedente, definiamo *strutturato* il quadrante in alto a sinistra, dove confluiscono situazioni in cui sono molti gli ospiti delle strutture a fronte di un basso numero di persone fragili.

Il quadrante in basso a sinistra si può definire espressione di un quadro *semplice*, in cui sono poco numerosi gli ospiti delle strutture, ma sono anche poco numerosi i disabili residenti nell'Ambito.

Il quadrante in alto a destra si configura come *complesso*, in quanto rileviamo un elevato numero di utenti delle strutture, ma anche un elevato numero di disabili residenti nell'Ambito.

Il quadrante in basso a destra presenta una situazione in linea con le indicazioni di Regione Lombardia che favorisce gli interventi per il mantenimento *domiciliare* del disabile. In effetti, gli Ambiti che ricadono in questo quadrante, pur presentando un elevato numero di disabili residenti, evidenzia un basso ricorso alle strutture.

Il solo Ambito di Mortara è ricompreso nel quadrante *strutturato*, evidenziando un ricorso alle strutture superiore alla media provinciale.

Gli Ambiti di Certosa, Garlasco e Vigevano ricadono nel quadrante *semplice*. L'Ambito di Vigevano, tuttavia, evidenzia un bisogno manifesto molto vicino al livello provinciale. Per l'Ambito di Certosa il posizionamento può essere legato alle caratteristiche della popolazione residente, con un'età media nettamente inferiore a quella degli altri Ambiti e, come sopra evidenziato (tabella 10), al crescere della fascia d'età considerata cresce l'incidenza della disabilità.

Gli Ambiti di Casteggio e Corteolona si collocano nel quadrante *domiciliare*; si tratta di due degli Ambiti meno popolosi della provincia di Pavia (rispettivamente 34.621 e 45.804 abitanti), caratterizzati dalla presenza di Comuni di piccole e piccolissime dimensioni. L'Ambito di Casteggio è formato da 28 Comuni, di cui 8 hanno una popolazione di meno di 500 abitanti, 7 una popolazione compresa fra i 500 e i 1.000 e il solo Comune di Casteggio che presenta una dimensione più consistente (oltre 6.500 abitanti). Nell'Ambito di Corteolona, composto da 25 Comuni, 5 hanno una popolazione di meno di 500 abitanti e solo 2 contano più di 4.000 residenti. Probabilmente le piccole dimensioni dell'abitato favoriscono la conservazione di una rete di *caregiver* familiare/amicale.

Gli Ambiti di Broni, Pavia e Voghera si collocano nel quadrante *complesso*, evidenziando un maggiore ricorso alle strutture sociali e sociosanitarie e, nel caso di Voghera, anche un bisogno manifesto nettamente superiore al livello provinciale.

2.4. IL BISOGNO DI PERSONE CON DIPENDENZE

I fenomeni legati alle dipendenze si configurano come una delle principali problematiche della società contemporanea: le forme di dipendenza aumentano, si diversificano, coinvolgendo ambiti del tutto nuovi e con effetti ancora poco conosciuti sul lun-

go termine (dipendenza dalle moderne tecnologie digitali, ad esempio) e si abbassa l'età in cui i minori prendono contatto con una o più forme di abuso e dipendenza.

Il *World Drug Report 2014* fornisce una panoramica degli sviluppi dei principali mercati della droga e delle varie tipologie di sostanze. A livello mondiale si calcola che nel 2012 circa 243 milioni di persone, ovvero il 5,2% della popolazione di età compresa fra i 15 e i 64 anni, abbiano assunto almeno una volta una droga illegale (principalmente riconducibili ai gruppi di cannabis, oppioidi, cocaina e anfetamine) (United Nation Office on Drugs and Crime 2014).

Relativamente alle ludopatie, la maggior parte dei giocatori problematici o patologici si colloca nella fascia d'età tra i 20 e i 50 anni. Si calcola che l'80% della popolazione adulta giochi sporadicamente, e che il 30-35% pratici il gioco con regolarità, tenendone perfettamente il controllo. Il fenomeno viene definito 'gioco d'azzardo patologico' quando il piacere del gioco diventa un incontrollabile impulso, un problema che si sviluppa coinvolgendo i vari aspetti della vita di un individuo, con pesanti ripercussioni sulla psiche, l'organismo, gli affetti, la finanza e l'attività sociale (Codacons).

Nel 2014 sono 34 milioni e 319 mila le persone di 11 anni e più che hanno dichiarato di avere consumato almeno un tipo di bevanda alcolica durante l'anno; di queste, circa 12 milioni bevono quotidianamente. Nel complesso, i comportamenti di consumo di alcol che eccedono rispetto alle raccomandazioni per non incorrere in problemi di salute hanno riguardato il 15,2% della popolazione e si osservano più frequentemente tra gli ultrasessantacinquenni, tra i giovani di 18-24 anni e tra gli adolescenti di 11-17 anni (21,5% e 17,3% rispettivamente) (ISTAT 2014).

La ASL di Pavia ha rilevato una sostanziale stabilizzazione degli utenti che afferiscono ai servizi per la diagnosi e la cura della dipendenza. In tabella 14 il numero di utenti è suddiviso per fascia di età e per Ambito di appartenenza.⁴ La fascia di età maggiormente interessata dal fenomeno in esame è quella compresa fra i 25 e i 44 anni, rappresentando poco meno del 60% dei soggetti interessati. Tale distribuzione si osserva sia a livello dei singoli Distretti, sia a livello provinciale. Comprendendo anche la fascia di età che va dai 45 ai 64 anni, si sfiora il 90% degli utenti.

Le Comunità terapeutiche residenziali ospitano soggetti con dipendenze con l'obiettivo di offrire loro spazi e tempi per ripensare la propria vita e arrivare a valorizzare le proprie capacità e risorse. Gli operatori realizzano progetti educativi personalizzati, che aiutino l'ospite nel percorso di recupero della propria autonomia e di ricostruzione di un progetto di vita.

⁴ Al Distretto di Pavia afferiscono gli ambiti di Pavia, Certosa, Corteolona; al Distretto di Voghera gli ambiti di Casteggio, Broni e Voghera; al Distretto di Vigevano gli ambiti di Mortara, Garlasco e Vigevano.

Tabella 14. Utenti dei servizi territoriali per le dipendenze (anno 2014).

	Distretto di Pavia	Distretto di Voghera	Distretto di Vigevano	Provincia di Pavia	Distribuzione percentuale per fascia d'età
Classi di età	N	N	N	N	
< 14 Pre-adolescenti	1	3	2	6	0,20%
14-17 Adolescenti	35	17	20	72	2,35%
18-24 Giovani	132	33	84	249	8,11%
25-44 Giovani adulti	921	292	607	1.820	59,30%
45-64 Adulti	440	195	249	884	28,80%
65-74 Giovani anziani	17	5	8	30	0,98%
75+ Anziani	3	2	3	8	0,26%
Totale	1.549	547	973	3.069	100,00%

Fonte: dati ASL Pavia.

Il percorso terapeutico coinvolge, se possibile, anche la sfera affettiva di appartenenza (famiglia d'origine, coniuge, figli, ecc.). Il numero di ospiti di dette strutture, nella provincia pavese, è stato calcolato rapportando a 100 il numero dei posti letto a contratto presenti, per la saturazione media rilevata (tabella 15).

Tabella 15. Ospiti delle Comunità terapeutiche residenziali.

Residenti 15-64 aa per Ambito e Distretto	N. posti letto a contratto			N. ospiti delle strutture	
	Residenziale	Semiresidenziale	Totale		
Certosa	49.275	51	-	51	41
Corteolona	29.501	87	-	87	75
Pavia	63.179	60	23	83	74
Distretto Pavese	141.955	198	23	221	190
Garlasco	34.657	14	-	14	10
Mortara	26.697	49	-	49	41
Vigevano	52.141	8	-	8	3
Distretto Lomellina	113.495	71	0	71	54
Broni	24.503	-	-	-	-
Casteggio	21.178	-	-	-	-
Voghera	40.721	30	10	40	21
Distretto Oltrepò	86.402	30	10	40	21
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>341.852</i>	<i>299</i>	<i>33</i>	<i>332</i>	<i>265</i>

Fonte: dati ASL Pavia.

Per questa fascia di popolazione i dati di utenti e ospiti dei servizi territoriali per le dipendenze sono disponibili solo in forma aggregata per Distretto; vengono pertanto aggregati anche i dati relativi agli ospiti delle Comunità terapeutiche residenziali (tabella 16). La provincia di Pavia è divisa in tre Distretti, ciascuno dei quali si compone di tre Ambiti: il Distretto pavese è formato dagli Ambiti di Pavia, Certosa e Corteolona; il Distretto della Lomellina si compone degli Ambiti di Garlasco, Mortara e Vigevano; il Distretto dell'Oltrepò è costituito dagli Ambiti di Broni, Casteggio e Voghera.

Tabella 16. Utenti e ospiti delle UdO per le dipendenze.

Distretto	Utenti dei servizi territoriali	Ospiti delle comunità terapeutiche residenziali	Utenti e ospiti delle UdO per le dipendenze
Pavese	1.549	190	1.739
Lomellina	973	54	1.027
Oltrepò	547	21	568
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>3.069</i>	<i>265</i>	<i>3.334</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

Il bisogno manifesto (tabella 17) è calcolato come somma del numero di utenti dei servizi territoriali e il numero di ospiti delle comunità terapeutiche residenziali, rapportato al totale della popolazione residente.

Tabella 17. Bisogno manifesto.

Distretto	Utenti e ospiti delle UdO per le dipendenze	Popolazione residente	Utenti e ospiti delle UdO per le dipendenze / Popolazione residente
Pavese	1.739	224.167	0,78%
Lomellina	1.027	184.908	0,56%
Oltrepò	568	142.135	0,40%
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>3.334</i>	<i>551.210</i>	<i>0,60%</i>

Fonte: nostra elaborazione dati PdZ provincia di Pavia Triennialità 2015-2017.

Il bisogno manifesto nell'Ambito pavese si colloca al di sopra del valore provinciale, al quale invece risulta sostanzialmente allineato l'Ambito della Lomellina; sensibilmente inferiore risulta il bisogno manifesto nell'Ambito dell'Oltrepò.

2.5. IL BISOGNO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Sull'assetto sociale del territorio lombardo incide un contesto altamente progredito da un punto di vista sia culturale sia economico, che determina nella cittadinanza trasformazioni dei bisogni tipiche di una società avanzata, in cui l'invecchiamento crescente della popolazione, l'allungamento della speranza di vita, e l'irrelevante percentuale di crescita demografica fanno emergere domande di servizi sociali orientate soprattutto verso l'assistenza agli anziani e il loro coinvolgimento attivo nella vita sociale.

Il mutamento della struttura familiare, inoltre, favorisce l'isolamento degli anziani, soprattutto in una grande città dove il modello della 'rete familiare' è quasi inesistente. A ciò si aggiungano le distanze e l'impegno di tutti i componenti adulti della famiglia, che spesso lavorano durante l'intero arco della giornata (Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno 2010).

La popolazione della provincia di Pavia evidenzia un progressivo invecchiamento, più marcato in alcuni Ambiti del territorio, maggiormente isolati a causa della conformazione geomorfologica. Dalla tabella 18 si evince che, con riferimento all'anno 2013, gli Ambiti caratterizzati da un più elevato indice di invecchiamento, sia per la fascia di età oltre i 65 anni, sia per quella oltre i 75, sono Voghera (rispettivamente 27,3% e 14,8%) e Broni (rispettivamente 26,6% e 14,7%), seguiti immediatamente da Casteggio (rispettivamente 26,3% e 14,1%).

Tabella 18. Indici di invecchiamento della popolazione anni 2009 e 2013.

Ambito	Indice invecchiamento 75+ (per anno)			Indice invecchiamento 65+ (per anno)		
	2009	2013	Var. %	2009	2013	Var. %
Broni	14,2	14,7	3,52	26,3	26,6	1,14
Casteggio	13,3	14,1	6,02	25,8	26,3	1,94
Certosa	6,4	7,1	10,94	14,1	15,5	9,93
Corteolona	9,7	10,5	8,25	19,8	20,5	3,54
Garlasco	11,9	13,3	11,76	23,5	24,8	5,53
Mortara	12	12,8	6,67	23	24,2	5,22
Pavia	12,1	12,8	5,79	23,6	24,1	2,12
Vigevano	10,6	11,6	9,43	22	23	4,55
Voghera	14	14,8	5,71	26,6	27,3	2,63
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>11,4</i>	<i>12,2</i>	<i>7,02</i>	<i>22,50</i>	<i>23,30</i>	<i>3,56</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

L'Ambito di Certosa risulta quello con i più bassi indici di invecchiamento, sia per la fascia di età oltre i 65 anni, sia per quella oltre i 75, anche se la crescita percentuale tra il 2009 ed il 2013 è fra le più elevate (rispettivamente 9,93% e 10,94%).

L'indice di invecchiamento 75+ e 65+ viene calcolato rapportando al totale della popolazione residente, rispettivamente, la popolazione che ha 75 e più anni, o 65 e più anni, moltiplicato per 100. Come si evince dalla tabella 19, nel periodo di tempo considerato, per tutti gli Ambiti si è verificato un incremento dei due indici. Si tratta di un fenomeno che assume dimensioni diverse: il minimo si registra nell'Ambito di Broni, sia per l'indice di invecchiamento 75+ (3,52%), sia per l'indice di invecchiamento 65+ (1,14%); il massimo per i 75+ (11,76%) si registra dell'Ambito di Garlasco, mentre per i 65+ (9,93%) nell'Ambito di Certosa.

Complessivamente, il dato che emerge in modo sostanzialmente generalizzato sul territorio è quello di una popolazione in progressivo invecchiamento.

Tabella 19. Indicatori di struttura della popolazione anni 2009 e 2013.

Ambito	Indice di vecchiaia (per anno)*			Indice di dipendenza senile (per anno)**			Indice di carico sociale (per anno)***		
	2009	2013	Var. %	2009	2013	Var. %	2009	2103	Var. %
Broni	242	237,6	-1,82	42	42,8	1,90	59,3	60,8	2,53
Casteggio	232,3	234,9	1,12	40,9	42,2	3,18	58,4	60,1	2,91
Certosa	87,3	94,5	8,25	20,2	22,7	12,38	43,4	46,8	7,83
Corteolona	147,1	151,2	2,79	29,7	31,2	5,05	49,8	51,8	4,02
Garlasco	196,2	212,9	8,51	36,3	38,9	7,16	54,9	57,3	4,37
Mortara	186,6	196,5	5,31	35,6	38,1	7,02	54,7	57,5	5,12
Pavia	204,9	206,2	0,63	36,5	37,5	2,74	54,3	55,7	2,58
Vigevano	164,4	168,5	2,49	34,1	36,4	6,74	54,9	58,1	5,83
Voghera	246,9	250	1,26	42,6	44,2	3,76	59,8	61,9	3,51
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>179,7</i>	<i>183,5</i>	<i>2,11</i>	<i>34,6</i>	<i>36,1</i>	<i>4,34</i>	<i>53,9</i>	<i>56,1</i>	<i>4,08</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

* *Indice di vecchiaia*: è un indicatore della statistica demografica che stima il grado di invecchiamento di una popolazione; si definisce come il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni): $Iv = (\text{Pop.} \geq 65aa / \text{Pop. } 0-14aa) * 100$.

** *Indice di dipendenza senile*: è un indicatore della statistica demografica che serve a misurare il rapporto tra individui dipendenti e indipendenti in una popolazione; si calcola facendo il rapporto tra le persone considerate in età 'non più attiva', con più di 65 anni, e quelle considerate in 'età attiva', tra i 14 e i 64 anni: $Ids = (\text{Pop.} \geq 65aa / \text{Pop. } 15-64aa) * 100$.

*** *Indice di carico sociale*: è un indicatore che si calcola rapportando la popolazione improduttiva (giovanile e anziana) a quella produttiva (ovvero, in età lavorativa): $Ics = (\text{Pop. } 0-14aa + \text{Pop.} \geq 65aa) / \text{Pop. } 15-64aa * 100$.

I valori dell'indice di vecchiaia (tabella 19) evidenziano per tutto il territorio provinciale, fatta eccezione per l'Ambito di Certosa, valori marcatamente superiori a 100, soglia oltre la quale l'indice mostra una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

L'Ambito per il quale l'indice di vecchiaia risulta più elevato è quello di Voghera, seguito dall'Ambito di Broni, dove però si registra, caso unico, un segnale di controtendenza nella variazione percentuale. Sia l'indice di dipendenza senile, sia l'indice di carico segnano un peggioramento (variazione percentuale positiva) in tutti gli Ambiti della Provincia, anche se con percentuali di variazione differenziate: l'Ambito che evidenzia la condizione di maggiore stabilità sembra essere quello di Broni, seguito da quello di Pavia.

Il dato che emerge, dunque, è quello di un territorio caratterizzato da un'importante presenza di popolazione anziana e da un sostanziale consolidamento nel tempo di questa caratteristica.

Si tratta di un dato di particolare significato per la valutazione dei bisogni sociali e socio-sanitari indirizzati a soggetti fragili in relazione all'età.

2.5.1. Utenti di RSA e CDI

Le persone anziane non autosufficienti che necessitano di interventi di natura socio-sanitaria destinati a migliorarne i livelli di autonomia, promuoverne il benessere, prevenirne e curarne le malattie croniche e la loro riacutizzazione, sono gli utenti delle Residenze Sanitario-Assistenziali (RSA).

Le classi S.Os.I.A. (Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza)⁵ sono il sistema di valutazione della fragilità dell'ospite in uso in Lombardia per le RSA, con una diversificazione per livelli di gravità dalla classe 1 (più gravi), alla classe 8 (meno gravi) (Podavitte *et al.* 2008). In tabella 20 sono riepilogate le distribuzioni nelle diverse classi degli ospiti presenti nei vari Ambiti.

Un elemento importante da segnalare è il progressivo cambiamento, negli ultimi anni, della tipologia di ospiti delle RSA: si tratta di individui mediamente più anziani, con un quadro clinico più complesso e spesso portatori di pluripatologie e di disabilità funzionali; oltre il 70% degli ospiti delle RSA si trova in classe 1 (39,5%) o in classe 3 (33,1%) (ASL Pavia).

Gli anziani non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, portatori di bisogni non facilmente gestibili a domicilio, ma non ancora di entità tale da richiedere il ricovero a tempo pieno in RSA, fruiscono dei Centri Diurni Integrati (CDI).

⁵ La scheda S.Os.I.A. è la raccolta di dati definiti 'amministrativi', necessari per monitorare il grado di fragilità degli ospiti presenti in RSA e per conoscere le prestazioni fornite dalle strutture stesse e la codifica di informazioni che ne permettano la comparazione con altri sistemi di rilevazione. Circolare n. G1.2008.0012012 del 4 agosto 2008, «Debito informativo strutture socio-sanitarie accreditate».

Tabella 20. Distribuzione % degli ospiti.

Distretto	Alzheimer	Classe S.OS.I.A.		
		1-2	3-6	7-8
Broni	11	31	47	11
Casteggio	9	22	41	28
Certosa	-	52	34	14
Corteolona	16	25	44	16
Garlasco	1	29	49	21
Mortara	7	20	42	31
Pavia	14	74	11	1
Vigevano	5	23	46	26
Voghera	9	42	33	16

Fonte: ASL Pavia.

2.5.2. Matrice di posizionamento

Per effettuare un confronto fra i 9 Ambiti, si prendono in considerazione:

- il *bisogno potenziale*, rappresentato dalla fascia di popolazione con più di 65 anni (tabella 21) che potrebbe accedere ai servizi sociali e sociosanitari per anziani rapportato al totale della popolazione residente;
- il *bisogno manifesto* (tabella 22), dato dal numero di residenti effettivamente ospiti di una RSA o utenti di un CDI, rapportato alla percentuale di popolazione residente con più di 65 anni di età.

Tabella 21. Bisogno potenziale.

Ambito	Popolazione residente con 65 anni e +	Totale popolazione residente	Popolazione residente con 65 anni e + / Totale popolazione residente
Broni	13.446	40.716	33,02%
Casteggio	10.804	34.621	31,21%
Certosa	11.576	74.594	15,52%
Corteolona	9.631	45.804	21,03%
Garlasco	13.817	55.780	24,77%
Mortara	9.820	42.785	22,95%
Pavia	25.016	103.769	24,11%
Vigevano	19.242	86.343	22,29%
Voghera	18.242	66.798	27,31%
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>131.594</i>	<i>551.210</i>	<i>23,87%</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati PdZ 2015-2017.

L'incidenza della popolazione anziana, riportata in tabella 22, sul territorio della provincia di Pavia presenta una differenziazione che va da un minimo nell'Ambito di Certosa (con il 15,5% di anziani) a un massimo nell'Ambito di Broni (con una percentuale del 33%).

Tabella 22. Bisogno manifesto.

Ambito	N. ospiti di RSA + n. utenti di CDI	Popolazione residente con 65 anni e +	N. di ospiti e utenti delle strutture / Popolazione residente con 65 anni e +
Broni	591	13.446	4,40%
Casteggio	197	10.804	1,82%
Certosa	523	11.576	4,52%
Corteolona	316	9.631	3,28%
Garlasco	1.225	13.817	8,87%
Mortara	837	9.820	8,52%
Pavia	442	25.016	1,77%
Vigevano	438	19.242	2,28%
Voghera	1.028	18.242	5,64%
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>5.595</i>	<i>131.594</i>	<i>4,25%</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia e PdZ 2015-2017.

Quindi, a partire dalla tabella 23, è possibile costruire una matrice di posizionamento dei diversi Ambiti relativamente al bisogno di servizi sociali e socio-sanitari da parte della popolazione anziana (grafico 5).

Tabella 23. Caratteristiche del bisogno di popolazione anziana per Ambito.

Ambito	Popolazione residente con 65 anni e + / Totale popolazione residente	N. di ospiti e utenti delle strutture / Popolazione residente con 65 anni e +
Broni	33,02%	4,40%
Casteggio	31,21%	1,82%
Certosa	15,52%	4,52%
Corteolona	21,03%	3,28%
Garlasco	24,77%	8,87%
Mortara	22,95%	8,52%
Pavia	24,11%	1,77%
Vigevano	22,29%	2,28%
Voghera	27,31%	5,64%
<i>Provincia di Pavia</i>	<i>23,87%</i>	<i>4,25%</i>

Fonte: nostra elaborazione su dati ASL Pavia.

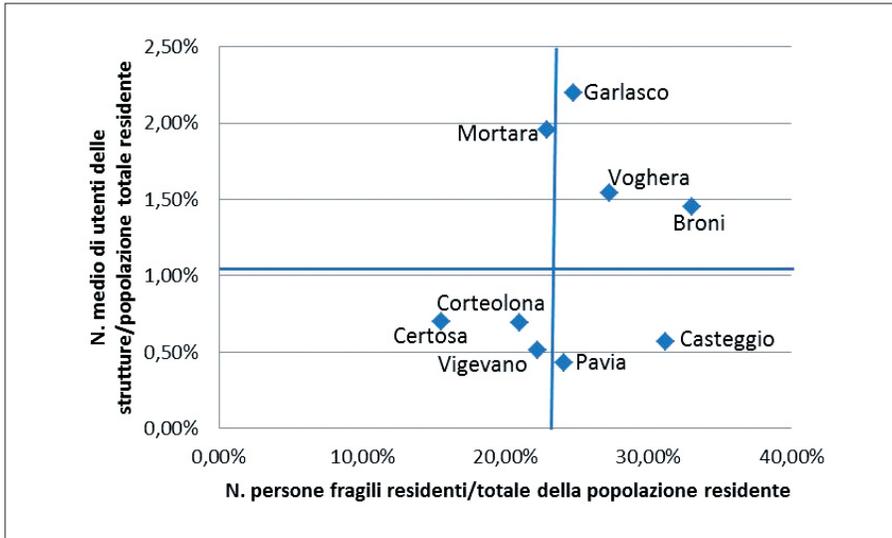


Grafico 5. Matrice di confronto tra Ambiti sulla base di bisogno manifesto e bisogno potenziale, target anziani.

Fonte: nostra elaborazione.

I quadranti sono divisi utilizzando il valore provinciale dei parametri esaminati. Definiamo *strutturato* il quadrante in alto a sinistra, in quanto rappresenta una situazione in cui sono molti gli ospiti delle strutture a fronte di un basso numero di anziani.

Il quadrante in basso a sinistra esprime un quadro *semplice*, in cui sono poco numerosi gli ospiti delle strutture, ma sono anche poco numerosi gli anziani residenti nell'Ambito.

Il quadrante in alto a destra si configura come *complesso*, in quanto rileviamo un elevato numero di ospiti in struttura, ma anche un elevato numero di anziani residenti nell'Ambito.

Il quadrante in basso a destra presenta una situazione in linea con le indicazioni di Regione Lombardia che favorisce gli interventi per il mantenimento *domiciliare* dell'anziano. In effetti, gli Ambiti che ricadono in questo quadrante, pur presentando un elevato numero di anziani residenti, evidenzia un basso ricorso alle strutture.

Gli Ambiti di Mortara e Certosa ricadono nel quadrante *strutturato*: nel caso di Mortara, sebbene il bisogno potenziale sia sostanzialmente in linea con il valore provinciale, il bisogno manifesto risulta quasi doppio rispetto al valore provinciale; nel caso di Certosa, invece, il bisogno manifesto si avvicina al valore provinciale, mentre il bisogno potenziale è decisamente minore.

Gli Ambiti di Corteolona e Vigevano sono collocati nel quadrante *semplice*, anche se il bisogno potenziale non si discosta particolarmente dal valore provinciale; nell'Ambito di Vigevano, però, il bisogno potenziale risulta circa la metà del valore provinciale.

Gli Ambiti di Broni, Garlasco e Voghera si collocano nel quadrante *complesso*: mentre l'Ambito di Garlasco presenta un bisogno potenziale di poco superiore al valore provinciale, l'Ambito di Voghera, e in particolare quello di Broni, presentano un bisogno potenziale maggiore. Il bisogno manifesto dell'Ambito di Garlasco risulta più del doppio rispetto al valore provinciale.

Gli Ambiti di Pavia e Casteggio si trovano nel quadrante *domiciliare*, anche se il bisogno potenziale di Pavia è sostanzialmente allineato con il valore provinciale, mentre quello dell'Ambito di Casteggio è decisamente superiore. Entrambi gli Ambiti esprimono un bisogno manifesto che è circa la metà di quello provinciale.

2.6. CONCLUSIONI

Il quadro che emerge dai dati sopra riportati delinea un territorio con caratteristiche demografiche differenziate, in funzione di diversi parametri. Le caratteristiche geomorfologiche del territorio influiscono sulla densità della popolazione nei vari Ambiti, interessando in modo particolare gli Ambiti che si sviluppano nell'area collinare della provincia, che risultano fra i meno popolosi.

L'ubicazione degli Ambiti ha una ricaduta sulla composizione della popolazione, in modo particolare in quelle zone prossime all'area milanese in cui maggiore è stato lo sviluppo edilizio recente. Lo spostamento di nuove famiglie in queste aree risponde all'esigenza di avvicinarsi al posto di lavoro, individuando al contempo aree in cui le case siano meno costose rispetto ai grandi centri. L'Ambito di Certosa ne è l'esempio caratteristico e si evidenzia per la significativa presenza di popolazione giovane.

La composizione sociale e la conservazione di reti familiari e amicali, diffuse nei piccoli e piccolissimi centri, incide sull'utilizzo di UdO riconducibili al sistema dei servizi sociali e sociosanitari, evidenziando una maggiore propensione nel mantenimento al domicilio dei soggetti, a vario titolo fragili.

La disamina delle matrici, realizzate per le quattro categorie di fragilità analizzate, evidenzia una distribuzione degli Ambiti in tutti i quattro quadranti individuati. Questo dato è sicuramente espressione di un'eterogeneità della struttura sociale nella provincia e richiede interventi mirati in risposta a diversi bisogni espressi. Quindi, anche a fronte di una popolazione complessivamente non numerosissima, la sfida nell'erogazione dei servizi sociali e sociosanitari è da ricondurre alla peculiarità degli stessi, in rapporto al contesto territoriale al quale sono indirizzate.

Nella tabella 24 sono più numerosi gli Ambiti che si collocano nei quadranti definiti *semplice* e *complesso*, espressione, rispettivamente, di un bisogno manifesto e un bisogno potenziale basso, di un bisogno manifesto e un bisogno potenziale alto, rispetto ai valori provinciali. Questo dato si osserva per tutte le fasce di soggetti fragili esaminate:

- nel caso della prima infanzia, si tratta di 5 Ambiti su 7;⁶
- nel caso dei disabili, si tratta di 6 ambiti su 9;
- nel caso degli anziani, si tratta di 5 ambiti su 9.

Tendenzialmente si palesa quindi un quadro in cui il bisogno manifesto risulta in linea con il bisogno potenziale; la fascia di soggetti fragili in cui questo aspetto è meno evidente è quella relativo agli anziani, probabilmente riconducibile a un più marcato fenomeno di mobilità dei soggetti interessati rispetto al Comune di residenza.

Tabella 24. Posizionamento di Ambiti per target.

	Quadrante 1 Strutturato	Quadrante 2 Semplice	Quadrante 3 Complesso	Quadrante 4 Domiciliare
	<i>Molti soggetti fruitori di UdO a fronte di un bisogno potenziale basso</i>	<i>Limitato numero di fruitori di UdO a fronte di un bisogno potenziale basso</i>	<i>Molti soggetti fruitori di UdO a fronte di un bisogno potenziale alto</i>	<i>Limitato numero di fruitori di UdO a fronte di un bisogno potenziale alto</i>
Prima infanzia	Pavia	Casteggio, Garlasco, Voghera	Certosa, Vigevano	Corteolona
Disabili	Mortara	Certosa, Garlasco, Vigevano	Broni, Pavia, Voghera	Casteggio, Corteolona
Anziani	Mortara, Certosa	Corteolona, Vigevano	Broni, Garlasco, Voghera	Casteggio, Pavia

Fonte: nostra elaborazione.

I grafici 6-8 evidenziano in grigio scuro i quadranti maggiormente rappresentativi del territorio, e quelli via via meno rappresentativi con la colorazione progressivamente più chiara, consentendo a colpo d'occhio di inquadrare la situazione territoriale per le varie fasce di fragilità.

Si evidenzia come, per le diverse fasce, siano diversi i bisogni manifesti e potenziali dei vari Ambiti, a dimostrare come la conoscenza reale del bisogno sia strumento fondamentale per la costruzione di una strategia di offerta adeguata e sostenibile.

⁶ Si ricorda a riguardo che le elaborazioni dei dati sono state effettuate solo su 7 Ambiti, in quanto non è stato possibile reperire i dati per quelli di Broni e di Mortara (v. par. 2.1).

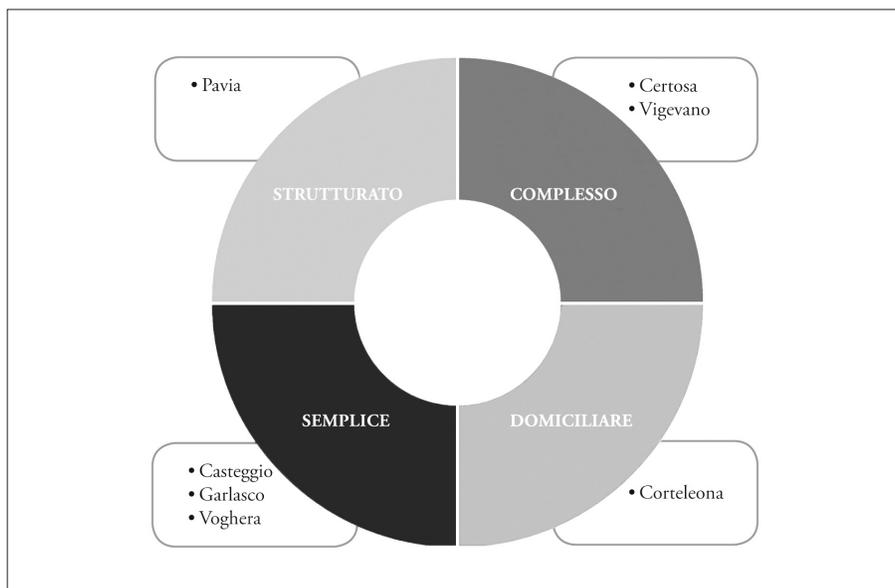


Grafico 6. Distribuzione degli Ambiti per la fascia d'utenza prima infanzia.

Fonte: nostra elaborazione.

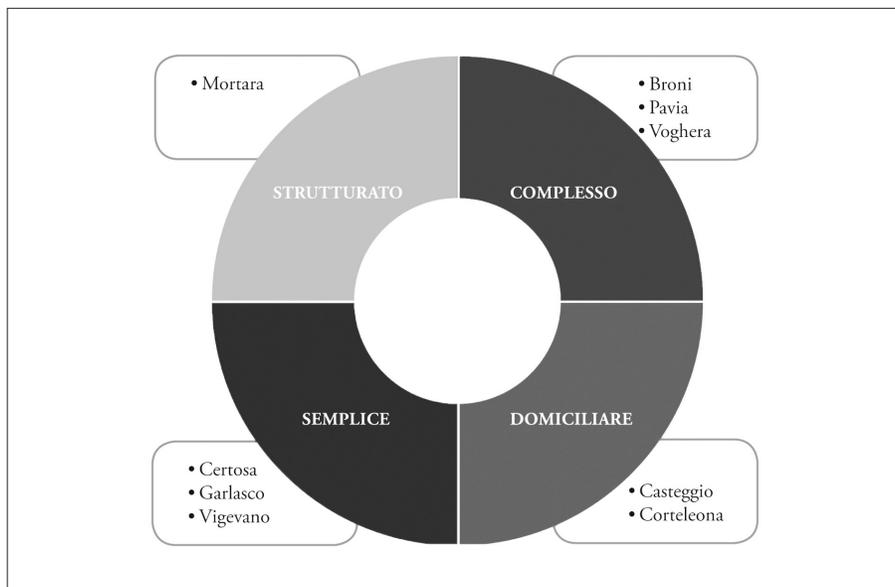


Grafico 7. Distribuzione degli Ambiti per la fascia d'utenza disabili.

Fonte: nostra elaborazione.

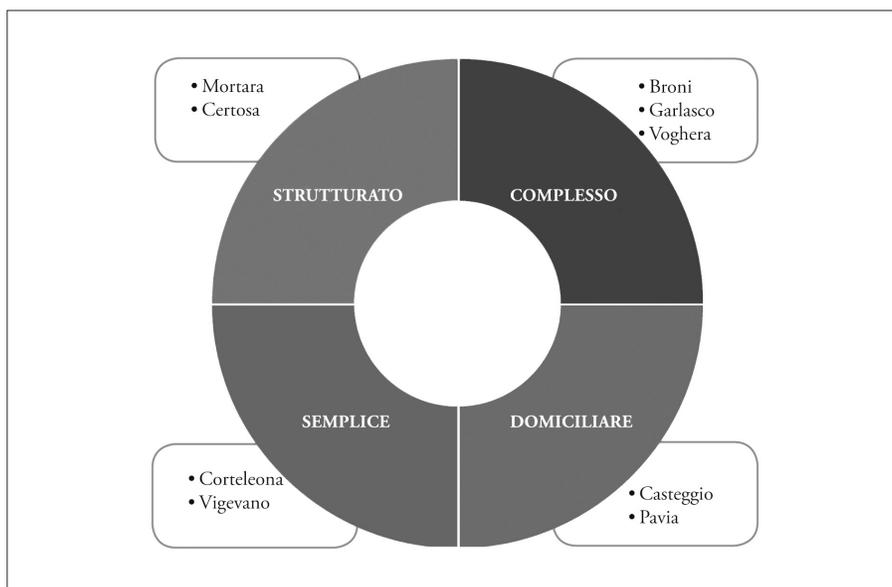


Grafico 8. Distribuzione degli Ambiti per la fascia d'utenza anziani.

Fonte: nostra elaborazione.

Riferimenti bibliografici

- Albrighoni A., C. Cordoni, E. Salvati, S. Spaghi (2015), *Analisi dei servizi prima infanzia nella provincia di Pavia*, in *Welfare locale tra continuità e innovazione: i servizi prima infanzia in provincia di Pavia*, a cura di Previtali P., P. Favini, Pavia, Pavia University Press, p. 24.
- Cavagnero S.M., M.A. Gallina (2015), *Nidi d'infanzia: risorse socioeducative e ruolo delle famiglie. Uno studio sul territorio di Grugliasco*, Milano, Franco Angeli Editore, p. 28.
- Codacons (2015), *Il gioco d'azzardo - le ludopatie - Analisi del fenomeno, Valutazione degli obiettivi, Determinazione degli interventi*, novembre 2015, URL: <http://www.codacons.it/userfiles/file/ludopatie_OK.pdf> [data di accesso: 02/03/2016].
- Cordoni C. (2015), *Analisi dei servizi prima infanzia nel Distretto Pavese*, in *Welfare locale tra continuità e innovazione: i servizi prima infanzia in provincia di Pavia*, a cura di Previtali P., P. Favini, Pavia, Pavia University Press, p. 37.
- ISTAT (2014) *L'uso e l'abuso di alcol in Italia*, Statistiche Report, 16 aprile 2015, URL: <<http://www.istat.it/it/archivio/156223>> [data di accesso: 02/03/2016].
- Lizzola I. (2015), *Malattia ed etica della cura: responsabilità individuali, legami famigliari, ruolo della comunità e formazione sociale alla cura*, in *Caregiver Day - Edizione 2015*, Carpi, 8-30 maggio 2015.

Piani di zona di Broni, Casteggio, Certosa, Corteolona, Garlasco, Mortara, Pavia, Vigevano e Voghera, «Documenti di Piano, Triennialità 2012-2014 e 2015-2017».

Podavitte F., C. Scarcella, E. Mattana, M. Trabucchi (2008), *Uno strumento per gestire razionalmente le liste d'accesso alle RSA*, ASL di Brescia, «I luoghi della cura», 3/6, pp. 16-20.

Regione Lombardia, «Piano regionale socioassistenziale per il triennio 1988», BURL, 16 marzo 1988, 1° Suppl. Straordinario, n. 11.

Salvati E. (2015), *Analisi dei servizi prima infanzia nel Distretto Lomellina*, in *Welfare locale tra continuità e innovazione: i servizi prima infanzia in provincia di Pavia*, a cura di Previtati P., P. Favini, Pavia, Pavia University Press.

Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno (a cura di) (2010), *Gli anziani in Italia: aspetti demografici e sociali ed interventi pubblici - Stato delle province - Censimento delle strutture per anziani*, «I Quaderni della Documentazione», 1/2010, Ministero dell'Interno, p. 23.

Solipaca A. (a cura di) (2010), *La disabilità in Italia - Il quadro della statistica ufficiale*, Argomenti n. 37, Roma, Istat, Servizio editoria, pp. 13, 15, 16.

Spaghi S. (2015), *Analisi dei servizi prima infanzia nel Distretto Oltrepò*, in *Welfare locale tra continuità e innovazione: i servizi prima infanzia in provincia di Pavia*, a cura di Previtati P., P. Favini, Pavia, Pavia University Press, p. 102.

United Nation Office on Drugs and Crime (2014), *World Drug Report 2014*, p. 19, URL: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf [data di accesso: novembre 2015].

Capitolo 3

OFFERTA DI SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI IN PROVINCIA DI PAVIA: UN CONFRONTO TRA I NOVE PIANI DI ZONA

Sabrina Spaghi (Università di Pavia)

INTRODUZIONE

La rete di offerta dei servizi di welfare è caratterizzata, nella sua dimensione quantitativa e qualitativa, dalla «presenza di Unità di Offerta (UdO) sia pubbliche che private e da rapporti di *partnership* ed eterogeneità di attori e di servizi offerti. A fianco del terzo settore, caratterizzato tipicamente da associazionismo e imprese sociali, cooperative e fondazioni con forte radicamento territoriale, operano grandi gruppi privati dei servizi sociosanitari e assistenziali» (Previtali 2015; Falbo 2005).

Il territorio della provincia di Pavia, suddiviso in 9 Piani di Zona afferenti a 3 Distretti sociosanitari, presenta una ricca rete sociale e sociosanitaria a tutela della qualità di vita e della salute del cittadino (Regione Lombardia 2014b; SESCO e ASL Pavia 2013; Folgheraiter 2006). Complessivamente, a inizio anno 2015 erano presenti sul territorio pavese 516 strutture, di cui 300 a carattere sociale (tabella 1) e 216 a carattere sociosanitario (tabella 2).

Le strutture sociali assicurano interventi di natura assistenziale (assistenza diretta nelle attività quotidiane, attività di socializzazione e di animazione) ma non erogano prestazioni a carattere sanitario.

Fra le 300 esistenti sul territorio (tabella 1), la quasi totalità (281, ovvero circa il 94%) è rappresentata da UdO sociali per minori (130 servizi prima infanzia per la fascia d'età 0-3, 77 Residenze per minori under 18, 7 Centri di aggregazione, 67 Centri ricreativi estivi diurni). L'offerta sociale per le persone anziane rappresenta solo il 3% del totale (9 strutture), così come per i disabili (3%, 10 strutture).

Le strutture sociosanitarie garantiscono in forma integrata sia interventi assistenziali (assistenza diretta nelle attività quotidiane, attività di socializzazione e di animazione) che prestazioni a carattere sanitario (assistenza medica e assistenza infermieristica, fisioterapia-riabilitazione).

Delle 216 strutture esistenti sul territorio (tabella 2), la maggioranza (111, il 51% circa) è dedicata a servizi per le persone anziane (RSA e CDI), 37 (17%) sono rivolte ai disabili, 18 (8%) si dedicano alla cura delle dipendenze, infine 50 strutture (il 23% del totale) offrono servizi disponibili a tutti i cittadini.

Il primo dato che emerge sul territorio pavese, quindi, è che l'offerta sociale riguarda prevalentemente i minori e quella sociosanitaria gli anziani (tabella 3). Se per i minori esistono strutture molto specifiche di carattere sociale, non esiste un'offerta a loro dedicata sul piano sociosanitario. Discorso inverso per gli anziani: a fronte di un'ampia offerta sociosanitaria, essi non dispongono di un'offerta sociale altrettanto ampia sul territorio.

Questa disuguaglianza, che potrebbe essere interpretata come un limite dell'offerta, in realtà denota il suo importante bilanciamento in funzione della tipologia di utenza. Per le tipologie di utenza rispetto alle quali è carente il settore sociale, è forte il sociosanitario; viceversa, laddove il sociosanitario presenta

Tabella 1. Rete delle Unità di Offerta sociali nella provincia di Pavia (al 1° gennaio 2015).

Tipologia di UdO	N. di strutture	Tipologia di utenza
Prima infanzia	130	Minori
Residenziale minori	77	Minori
CAG	7	Minori
CRED	67	Minori
CDA	4	Anziani
APA	5	Anziani
CAH	4	Disabili
CSE	3	Disabili
SFAD	3	Disabili
Totale	300	

Fonte: nostre elaborazioni sui dati ASL Pavia. Analisi descrittiva del contesto epidemiologico e della rete delle UdO territoriali, 2015.

Legenda: CDA = Centro Diurno Anziani; APA = Alloggio Protetto per Anziani; CAH = Casa Albergo per Handicap; CSE = Centro Socio-Educativo; SFAD = Servizio Formazione Autonomia Disabili; Prima infanzia = Asilo nido, Micro nido, Nido famiglia, Centro prima infanzia; Residenziale minori = Comunità educativa, Comunità familiare, Alloggio per l'autonomia; CAG = Centro Aggregazione Giovanile; CRED = Centro Ricreativo Estivo Diurno.

Tabella 2. Rete delle Unità di Offerta socio-sanitarie nella provincia di Pavia (al 1° gennaio 2015).

Tipologia di UdO	N. di strutture	Tipologia di utenza
RSA	84	Anziani
CDI	27	Anziani
RSD	10	Disabili
CDD	15	Disabili
CSS	12	Disabili
TOX Residenziali	13	Dipendenze
TOX Semiresidenziali	2	Dipendenze
SERD ASL Pavia	3	Dipendenze
C.F. privati	6	Tutti
C.F. pubblici ASL Pavia	11	Tutti
IdR	5	Tutti
HOSPICE	3	Tutti
ADI	25	Tutti
Totale	216	

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia. Analisi descrittiva del contesto epidemiologico e della rete delle UdO territoriali, 2015.

Legenda: RSA = Residenza Sanitaria Assistita; CDI = Centro Diurno Integrato; RSD = Residenza Sanitaria Disabili; CDD = Centro Diurno Disabili; CSS = Comunità Socio-Sanitaria; TOX residenziali = Comunità terapeutica residenziale per le dipendenze; TOX semiresidenziali = Comunità terapeutica semiresidenziale per le dipendenze; SERD ASL Pavia = Servizio per le dipendenze; C.F. = Consultori familiari (possono essere privati o pubblici); IdR = Istituto di Riabilitazione; HOSPICE = Struttura di ricovero e assistenza per malati terminali; ADI = Assistenza Domiciliare Integrata.

lacune, il bisogno di welfare del cittadino è comunque garantito grazie ai servizi di carattere sociale.

Complessivamente, l'offerta di servizi sociali e socio-sanitari esistente sul territorio pavese è ben variegata e copre tutti i bisogni espressi dalla popolazione.

Per analizzare nel dettaglio l'offerta di servizi sociali e socio-sanitari in provincia di Pavia, consideriamo come Ambiti di riferimento i 9 Piani di Zona esistenti sul territorio.

Si procede quindi a valutare l'offerta operando un confronto diretto dei dati quantitativi dei Piani di Zona inerenti al numero delle strutture e ai posti disponibili in esse. Ai risultati si sommano le considerazioni qualitative necessarie al fine di un confronto efficace e fruttuoso per le politiche di programmazione. L'analisi è svolta in funzione della tipologia di utente/ospite.

Tabella 3. Offerta di servizi sociali e sociosanitari per tipologia di utenza nella provincia di Pavia (al 1° gennaio 2015).

	N. UdO sociali	N. UdO sociosanitarie
Minori	281	0
Anziani	9	111
Disabili	10	37
Dipendenze	0	18
Tutti	0	50

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia. Analisi descrittiva del contesto epidemiologico e della rete delle UdO territoriali, 2015.

Appurata l'esistenza sul territorio di una grande varietà di UdO (v. tabelle 1 e 2), non disponendo però di dati sufficienti per tutte le strutture elencate, per l'analisi ne consideriamo solo una parte significativa, ovvero:

1. Prima infanzia (Asili nido/Micro nidi/Nidi famiglia/Centri prima infanzia).
2. Residenze Sanitarie Disabili (RSD).
3. Centri Diurni Disabili (CDD).
4. Comunità Socio-Sanitarie (CSS).
5. Comunità per le dipendenze (residenziali e semiresidenziali).
6. Residenze Sanitarie Assistite (RSA).
7. Centri Diurni Integrati (CDI).

Si inizia quindi con l'esame dell'offerta per i minori: in particolare si analizzano i servizi per la prima infanzia, che hanno carattere sociale e sono dedicati a un'utenza di fascia 0-3 anni; costituiscono la maggioranza delle UdO per i minori e possiamo quindi ritenerli rappresentativi per questa parte di popolazione.

Proseguendo, si prende in esame l'offerta per le persone disabili: in particolare si analizzano i servizi RSD, CDD e CSS che costituiscono, per questo target, tutta l'offerta sociosanitaria, considerata sufficientemente rappresentativa visto il numero ridotto di strutture a carattere sociale a loro dedicate.

Si analizza poi l'offerta per persone con dipendenze, prendendo in esame le Comunità per le dipendenze (residenziali e semiresidenziali), che costituiscono i due terzi dei servizi totali dedicati a persone con *addiction*, quindi rappresentano un buon campione per questa tipologia di utenza.

Infine, sono esaminate le strutture di offerta per anziani, in particolare le RSA e i CDI, ovvero le UdO sociosanitarie dedicate. Esse delineano quindi il totale dell'offerta specifica per questa utenza, salvo per il carattere sociale, che però quantitativamente ha una presenza esigua sul territorio provinciale.

Per ogni target (minori, disabili, dipendenze, anziani) sono elaborate e presentate matrici di posizionamento, grazie alle quali è possibile confrontare i Piani di Zona della provincia, fare considerazioni di tipo qualitativo e visualizzare, anche graficamente, eventuali *best practice* locali.

3.1. L'OFFERTA DI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI PER LA PRIMA INFANZIA

3.1.1. L'offerta di Asili nido, Micro nidi, Nidi famiglia, Centri prima infanzia

I servizi per la prima infanzia costituiscono un sistema di opportunità educative per favorire, in collaborazione con le famiglie, l'armonico sviluppo psicofisico, affettivo e sociale dei bambini e delle bambine di età compresa, di norma, tra i tre mesi e i tre anni.

Le tipologie di UdO che la dicitura 'prima infanzia' racchiude sono diverse: dal classico e più diffuso Asilo nido, al Micro nido, fino alle forme più particolari quali Nido famiglia e Centro prima infanzia.

L'Asilo nido è un servizio di tipo diurno, pubblico o privato, di capacità ricettiva da 11 a massimo 60 bambine/i dai tre mesi ai tre anni, con finalità educative e sociali, assicurato in forma continuativa attraverso personale qualificato, anche presso strutture aziendali (nido aziendale). Collabora con le famiglie alla crescita e formazione dei bambini, nel rispetto dell'identità individuale, culturale e religiosa. Svolge anche servizio di mensa e riposo.

Il Micro nido è anch'esso un servizio di tipo diurno, pubblico o privato, oltre che promosso e gestito da associazioni di famiglie, di capacità ricettiva massima di 10 bambine/i dai tre mesi ai tre anni, con finalità educative e sociali, assicurato in forma continuativa attraverso personale qualificato anche presso strutture aziendali (micro nido aziendale). Come l'Asilo nido collabora con le famiglie alla crescita e alla formazione dei bambini, nel rispetto dell'identità individuale, culturale e religiosa. Svolge anche servizio di mensa e riposo.

Queste due fattispecie offrono quindi un servizio molto simile e si differenziano solo per la disponibilità massima di posti, di gran lunga inferiore nel Micro nido. Proprio questa caratteristica implica che il gestore tipico della struttura sia un privato: l'esiguo numero di bambini-utenti rende difficile sostenere i costi fissi legati all'attività, problema che il settore pubblico vuole evitare considerati i già esistenti vincoli di bilancio comunali.

Il Nido famiglia è invece un nido domiciliare, con finalità educative e sociali per un massimo di 5 bambine/i da zero a tre anni, svolto senza fini di lucro e promosso da famiglie utenti associate o da associazioni familiari che scelgono il modello educativo e gestionale ritenuto più idoneo, nel rispetto dell'identità individuale, culturale e religiosa.

Il Centro prima infanzia, infine, è una struttura simile all'Asilo nido, che offre un servizio temporaneo di assistenza educativa e di socializzazione, accogliendo, in maniera non continuativa, bambine/i da zero a tre anni in numero non superiore a 30, eventualmente con la presenza di genitori e/o adulti di riferimento, per un massimo di quattro ore consecutive. Non può fornire servizio di somministrazione dei pasti.

Qualunque sia la tipologia di offerta scelta dalla famiglia con un minore di età 0-3 anni, ricordiamo che tale servizio è il primo terreno di welfare sociale che il bambino incontra nella sua vita, e funge quindi da base e da preparazione per le tappe future che coinvolgeranno il minore e la famiglia negli anni a seguire, dalla scuola dell'infanzia alle elementari, con benefici scolastici e comportamentali (Donini e Nasoni 2010; Zaninelli 2010; Del Boca *et al.* 2005). Ricordiamo inoltre che in alcuni casi la famiglia sceglie di 'saltare' questa possibilità, spesso per disponibilità di altre forme di *care giver* (ad es. i nonni che possono accudire i nipoti in tenera età), oppure per disponibilità di tempo della madre che si trova disoccupata: in questi casi il sistema welfare farà il suo ingresso nella vita del bambino con la scuola dell'infanzia all'età di tre anni (o prima, in caso di ingresso anticipato per i bimbi nati nei primi mesi dell'anno), oppure con altre nuove tipologie di servizio, quali le 'sezioni primavera' (dedicate ai bambini dai 2 ai 3 anni di età) (Pagano 2011). In ogni caso, la tendenza per il futuro si sta orientando verso un servizio offerto sempre più capillarmente sul territorio e indirizzato all'incontro dei bisogni delle famiglie, così da poter coprire sempre più domanda potenziale (target del 33% di Lisbona) (Regione Lombardia 2014a). Tale tendenza si allinea con quella di Regione Lombardia volta a garantire gradi elevati di conciliazione famiglia-lavoro, motivo per cui negli ultimi anni si è insistito molto per favorire questo tipo di servizi, rendendo anche l'offerta più snella e flessibile, pur non abbassando la qualità richiesta, e utilizzando diversi strumenti per favorire l'incontro della domanda con l'offerta (Regione Lombardia 2010a, 2005a, 2005b).

Nel territorio della provincia di Pavia, nel 2014 i servizi per la prima infanzia (Asili nido, Micro nidi, Nidi famiglia, Centri prima infanzia) erano 129 per un totale di 3.286 posti disponibili (Albrighoni *et al.* 2015).

Disaggregando il dato per Piano di Zona (tabella 4), emerge che in termini assoluti l'Ambito territoriale di Pavia primeggia, comprensibilmente, sia in termini di numero di strutture (35), sia di posti disponibili nelle stesse (998). È importante infatti ricordare che l'analisi dell'offerta non può prescindere dall'osservazione della popolazione residente sul territorio. Al secondo posto nella classifica troviamo Vigevano (23 strutture per 678 posti), posizione in linea con le sue

Tabella 4. Offerta di strutture prima infanzia (Asili nido, Micro nidi, Nidi famiglia, Centri prima infanzia) nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori assoluti e percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	Popolazione totale residente	Valori assoluti		Valori percentuali	
		N. strutture prima infanzia	N. posti nelle strutture prima infanzia	N. strutture prima infanzia nel PdZ *100 / N. strutture prima infanzia tot	N. posti nelle strutture prima infanzia nel PdZ *100 / N. posti nelle strutture prima infanzia tot
Broni	40.716**	10	203	7,8%	6,2%
Casteggio	34.621	4	58	3,1%	1,8%
Certosa	74.594*	20	513	15,5%	15,6%
Corteolona	45.804	12	154	9,3%	4,7%
Garlasco	55.780*	8	213	6,2%	6,5%
Mortara	42.785*	5	155	3,9%	4,7%
Pavia	103.428*	35	998	27,1%	30,4%
Vigevano	83.298	23	678	17,8%	20,6%
Voghera	66.798**	12	314	9,3%	9,5%
Totale	547.824	129	3.286	100%	100%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: la popolazione residente si intende al 31 dicembre 2014, tranne nei seguenti casi: * = dato al 1° gennaio 2014; ** = dato al 31 dicembre 2013.

dimensioni demografiche. A questo punto, ci si aspetterebbe di trovare al terzo posto il Piano di Zona di Voghera, essendo il suo Comune capofila la terza città della provincia per numero di abitanti: il Piano di Zona di Certosa è però più popoloso di quello di Voghera e dispone di 20 strutture per 513 posti. Voghera risulta quindi quarta per quantità di offerta assoluta, con 12 strutture e 314 posti totali in esse.

Scendendo in classifica, riteniamo opportuno considerare come primo parametro di valutazione il numero dei posti disponibili nelle strutture: rispetto, infatti, al numero delle UdO, esso risulta più veritiero della capacità dell'offerta di sostenere e soddisfare la domanda reale del territorio. Anche se va sottolineato che la capacità dell'offerta di adeguarsi alla domanda non è sempre sinonimo di qualità: l'esistenza sul territorio di poche strutture che detengono molti posti spesso è dovuta a esigenze di bilancio, che vanno a impattare anche su altri aspetti che definiscono qualitativamente un servizio reso. Ad esempio, Garlasco e Broni hanno un'offerta assoluta quantitativamente simile: il primo ha 10 posti

in più del secondo (comprensibilmente, avendo anche più abitanti), ma al contempo due strutture in meno. Ne consegue che il numero di posti per struttura è maggiore nel Piano di Zona di Garlasco. Osservando il numero dei posti, anche Corteolona e Mortara sono sovrapponibili in termini assoluti (lo sono anche in termini di popolazione residente), con la differenza che il primo Piano di Zona ha un numero di strutture più che doppio rispetto al secondo (12 *vs.* 5).

Infine, caso a sé, il Piano di Zona di Casteggio, che ha numeri di offerta (e di popolazione) quantitativamente molto inferiori agli altri. In termini di numero di posti disponibili non supera il centinaio, per un totale di 4 strutture. È interessante un confronto fra Casteggio e Mortara: a parità di UdO, Casteggio ha quasi un terzo dei posti rispetto a Mortara. Una spiegazione è sicuramente da ricercare nella stessa natura giuridica delle strutture sul territorio: nel Piano di Zona di Casteggio tutti i servizi per la prima infanzia sono privati, mentre nel territorio di Mortara è il pubblico a prevalere, con un numero di posti per struttura elevato, a riconferma della necessità di accentrare le attività per ridurre i costi (Salvati 2015). Altro confronto utile è fra Voghera e Corteolona: a parità di UdO, Voghera detiene il doppio dei posti. Una ragione possibile, anche qui, è legata alla volontà, nel Piano di Zona di Voghera, di contenere i costi del servizio pubblico, pur mantenendo adeguato alla popolazione il numero dei posti disponibili nelle strutture.

Per operare un confronto dell'offerta per la prima infanzia esistente nei 9 Piani di Zona della provincia di Pavia, è necessario inoltre prendere come riferimento il dato provinciale totale. In questo modo è possibile ricavare percentuali di offerta rispetto all'intero territorio pavese.

Per fare ciò si considerano per ogni Piano di Zona le variabili precedentemente utilizzate, ovvero il numero delle strutture prima infanzia e il numero dei posti disponibili in esse, rapportandole però al dato provinciale e ricavando il valore percentuale.

Anche in termini percentuali (tabella 4), l'offerta per la prima infanzia più consistente è rappresentata dal Piano di Zona di Pavia (rispettivamente il 27,1% di strutture e il 30,4% dei posti rispetto al totale provinciale), seguito da Vigevano (17,8% di strutture e 20,6% di posti), Certosa (entrambe le variabili al 15%) e Voghera (entrambe le variabili al 9%). Segue un gruppo di Piani di Zona con offerta per la prima infanzia più ridotta: Garlasco, Broni, Mortara e Corteolona (4-9% di strutture, 4-6% di posti). Infine Casteggio, che come già visto in termini assoluti ha un'offerta minore rispetto a tutti gli altri Piani di Zona: in termini percentuali ciò si traduce nel 3,1% di strutture e nell'1,8% di posti rispetto al totale provinciale.

3.1.2. Matrice di posizionamento

I risultati della tabella 4 si possono tradurre in un confronto visivo fra i 9 Piani di Zona. Il grafico 1 descrive tale posizionamento e permette alcune considerazioni qualitative. L'area del grafico è stata divisa in quattro quadranti (numerati in ordine orario) sulla base dei valori medi delle due variabili considerate per l'analisi.

Il primo aspetto che si può commentare è che quasi tutti i 9 Piani di Zona si collocano in due precisi quadranti o ai limiti di essi (grafico 1 e figura 1): nel quadrante 1 troviamo i Piani di Zona di Pavia e Vigevano; nel quadrante 3 si posizionano invece Voghera, Garlasco, Broni, Corteolona, Mortara e Casteggio. Infine Certosa, unico caso, si colloca – seppur sul confine – nel quadrante 4 (15,5% di offerta di strutture, la linea rossa rappresenta il *cut off* rispetto al *range* considerato, pari al 15%).

Il quadrante 1 è caratterizzato da elevate percentuali di strutture e posti offerti. I territori che si collocano in questo quadrante coprono quindi una buona parte dell'offerta per la prima infanzia della provincia, sia in termini di strutture sia di posti disponibili in esse. È il caso quindi di Piani di Zona caratterizzati dalla prevalenza di un numero di strutture elevato e da un altrettanto elevato numero di posti: si ipotizza quindi la prevalenza di tante strutture di grandi dimensioni. Si tratta di un'offerta che può essere definita 'strutturata'. Con probabilità l'offerta è tale perché sul territorio esiste una domanda altrettanto sostenuta (oppure il bisogno è stato sovrastimato). I dati lo confermano perché se guardiamo quali Piani di Zona si posizionano in questo quadrante osserviamo che i due qui ubicati (Pavia e Vigevano) sono di fatto i primi della classifica in precedenza descritta (tabella 4).

Pavia e Vigevano si confermano alle posizioni migliori anche in termini percentuali. Non è un caso che proprio i due Piani di Zona più popolati si collochino nello stesso quadrante: i Piani di Zona con volumi maggiori di bisogno/offerta sono anche quelli che offrono di più in proporzione al territorio provinciale. Una popolazione residente maggiore può implicare volumi maggiori di bisogno e quindi di offerta. Inoltre, le zone più abitate, che comprendono anche le due città maggiori della provincia, sono anche i territori culturalmente più modernizzati e geograficamente situati a nord, quindi più vicini all'hinterland milanese. Si ipotizza che in queste zone ci sia un bisogno maggiore di strutture per la prima infanzia rispetto ad altri luoghi provinciali, con probabilità dovuto agli impegni lavorativi delle giovani madri e alla mancanza di altri *care giver* familiari (ad es. lontananza fisica dei nonni) (Agnolin *et al.* 2000). All'interno del quadrante 1, il Piano di Zona di Pavia si colloca in posizione migliore rispetto a Vigevano, offrendo più strutture e più posti.

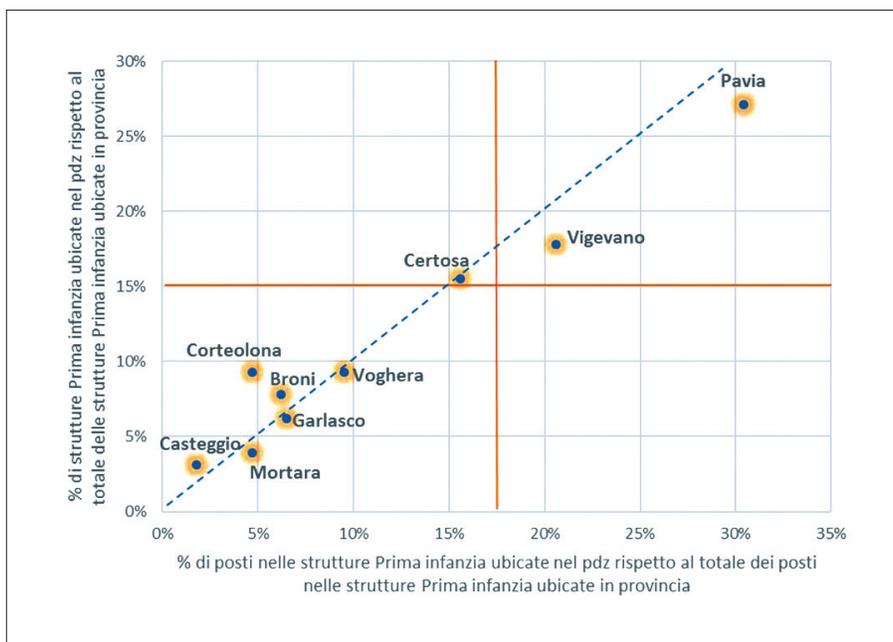


Grafico 1. Offerta di strutture prima infanzia (Asili nido, Micro nidi, Nidi famiglia, Centri prima infanzia): matrice di posizionamento quantitativa dei Piani di Zona della provincia di Pavia, 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

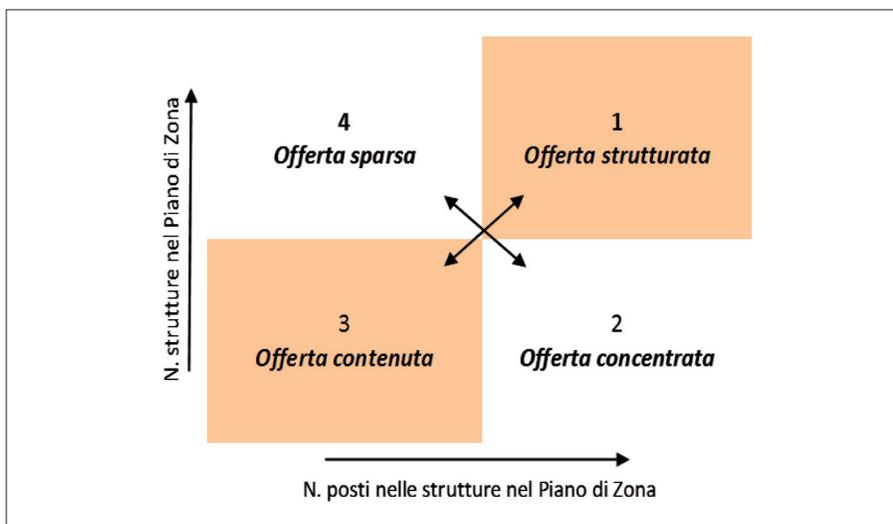


Figura 1. Definizione qualitativa dell'offerta di strutture sul territorio.

Fonte: nostre elaborazioni su dati Piani di Zona 2015.

Il quadrante 2 è caratterizzato da una percentuale contenuta (sotto la media) di strutture prima infanzia offerte unita a una percentuale elevata (sopra la media) di posti offerti. È il caso di Piani di Zona caratterizzati dalla prevalenza di un numero di strutture limitato aventi però un elevato numero di posti: si ipotizza quindi la prevalenza di poche strutture di grandi dimensioni. Si può perciò definire questa offerta come 'concentrata'. Un'offerta di questo tipo descrive un gestore (spesso pubblico) molto attento ai vincoli di bilancio, che quindi tende a concentrare il servizio contenendo i costi fissi (risorse strutturali, ecc.) e variabili (risorse umane, ecc.). In questo quadrante non si colloca alcun territorio.

Il quadrante 3 è caratterizzato da ridotte percentuali di strutture e posti offerti. I territori che si collocano in questo quadrante coprono quindi una minima parte dell'offerta per la prima infanzia della provincia, sia in termini di strutture sia di posti disponibili in esse. È il caso di Piani di Zona caratterizzati dalla prevalenza di un numero di strutture contenuto e da un altrettanto limitato numero di posti: si ipotizza quindi la prevalenza di poche strutture di piccole dimensioni. Si tratta di un'offerta che può essere definita 'contenuta'. Con probabilità l'offerta è tale perché sul territorio esiste una domanda altrettanto esigua (oppure il bisogno è stato sottostimato). I dati lo confermano perché, se guardiamo quali Piani di Zona si posizionano in questo quadrante, osserviamo che la maggioranza di quelli qui ubicati (Voghera, Broni, Garlasco, Corteolona, Mortara e Casteggio) sono agli ultimi posti della classifica in precedenza descritta (tabella 4). Casteggio, Mortara, Corteolona, Broni e Garlasco si confermano alle ultime posizioni anche in termini percentuali. Non è un caso che proprio i Piani di Zona fra i meno popolati si collochino tutti nello stesso quadrante: i Piani di Zona con volumi minori di bisogno/offerta sono anche quelli che offrono meno in proporzione al territorio provinciale. Una popolazione residente limitata può implicare volumi minori di bisogno e quindi di offerta. Inoltre, le zone meno abitate rappresentano anche i territori culturalmente meno modernizzati e geograficamente situati spesso alla periferia della provincia (ad es. Mortara e Corteolona). Si ipotizza che in queste zone ci sia un minore bisogno di strutture per la prima infanzia rispetto ad altri luoghi provinciali, dovuto con probabilità alla disoccupazione delle giovani madri (soprattutto se straniere) e alla presenza (per le italiane) di altri *care giver* familiari (ad es. vicinanza fisica della famiglia di origine, che si traduce spesso nella disponibilità dei nonni ad accudire i nipoti). All'interno del quadrante 3, Casteggio si colloca nella posizione peggiore; Mortara e Corteolona, a parità di posti offerti (4,7% sul totale provinciale), si differenziano per la più o meno elevata quantità di strutture prima infanzia: Corteolona ha un numero di UdO maggiore rispetto a Mortara (9,3% dell'offerta rispetto al 3,9%); Garlasco e Broni hanno un'offerta molto simile. Voghera, fra i Piani di Zona con offerta 'contenuta', risulta essere

quello con offerta maggiore sia di strutture sia di posti (il numero di UdO, pari a 12, è equivalente a quello di Corteolona). Il dato di Voghera è significativo, perché si tratta del territorio in cui il confronto grafico restituisce un dato più verosimile: se in termini assoluti il Piano di Zona di Voghera si collocava al quarto posto (tabella 4), in un confronto visivo emerge in realtà che tale posizione consiste in percentuali sotto la media, tali da posizionare Voghera nel terzo quadrante (il che non è necessariamente sinonimo di inadeguatezza alla domanda: ricordiamo infatti che l'Oltrepò ha un'importante cultura di *care giver* familiare).

Il quadrante 4 descrive una situazione di elevate percentuali di strutture a fronte di basse percentuali di posti offerti. Ricalca quindi una tipologia di offerta 'sparsa' sul territorio, ovvero la situazione in cui sono prevalenti tante strutture di piccole dimensioni che erogano il servizio. Questo è il caso delle UdO tipicamente private e di natura diversa rispetto al classico Asilo nido (ricordiamo infatti che le nuove tipologie di UdO prevedono un numero massimo di bambini molto contenuto). Qui si colloca il Piano di Zona di Certosa, anche se va osservato che tale posizionamento è in realtà a cavallo con il quadrante 3. Notiamo che fra i territori che si collocano nel quadrante 3, quello che tende maggiormente ad assumere caratteristiche tipiche del quadrante 4 (alta offerta di strutture, bassa offerta di posti) è Corteolona. Non è un caso se si considera che tale Piano di Zona offre servizi prima infanzia a carattere unicamente privato e il pubblico è assente (Cordoni 2015).

Infine, si nota (grafico 1, linea blu tratteggiata) che esiste una corrispondenza diretta fra offerta di strutture e offerta di posti: la maggioranza dei Piani di Zona si colloca sulla linea blu o in prossimità di essa, ovvero offre le stesse percentuali di strutture e di posti rispetto al territorio provinciale.

Concludendo, dal confronto assoluto e proporzionato al territorio provinciale, i Piani di Zona della provincia di Pavia tendono a differenziarsi per un'offerta di servizi prima infanzia caratterizzata soprattutto dal parametro 'grandezza' (offerta strutturata/contenuta) e poco dal parametro 'distribuzione' (offerta concentrata/sparsa). Importante infine sottolineare che un'offerta 'contenuta' (quella tipica del quadrante 3) non è sinonimo di inadeguatezza, così come un'offerta 'strutturata' non è sinonimo di adeguatezza: l'offerta migliore è quella che in termini quantitativi più si adatta alla domanda del territorio per lo specifico servizio, senza lasciare numerosi posti vacanti (eccesso di offerta rispetto alla domanda) o esagerate liste di attesa (carenza di offerta rispetto alla domanda), aspetto che sarà analizzato nel capitolo 5. Una valutazione completa dell'offerta di un servizio non può prescindere naturalmente da altri fattori importanti quali la qualità; in questa sede l'analisi è però limitata alla dimensione quantitativa.

3.2. L'OFFERTA DI SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI PER LE PERSONE DISABILI

3.2.1. L'offerta di RSD, CDD e CSS

Residenze Sanitarie per Disabili (RSD)

Le Residenze sanitarie assistenziali per persone con disabilità (RSD) sono strutture residenziali sociosanitarie che accolgono persone di età inferiore ai 65 anni, in condizioni di grave disabilità fisica, psichica, sensoriale, dipendenti da qualsiasi causa, non assistibili al domicilio. Offrono quindi agli ospiti prestazioni a elevato grado di integrazione sanitaria, riabilitazione di mantenimento in base a programmi individualizzati definiti, quando possibile, con il coinvolgimento delle famiglie.

La finalità delle RSD è garantire alle persone che vivono al loro interno un progetto di vita orientato al benessere all'interno di un ambiente abitativo in cui ci si possa sentire a proprio agio, in cui siano garantiti un supporto sanitario e assistenziale adeguato alle necessità di cura, opportunità di crescita educativa e di sostegno riabilitativo in senso stretto, ma anche di sostegno inclusivo orientato a garantire la partecipazione delle persone alla vita comunitaria e alla cittadinanza.

Gli obiettivi che la RSD deve perseguire, attraverso progetti individuali e laddove possibile tramite il coinvolgimento dei familiari, sono:

- la costruzione di un ambiente di vita personalizzato e di un clima di relazionalità tipici di una situazione familiare e comunitaria, caratterizzati dalla presenza di regole generali di convivenza modulabili e adattabili al cambiamento delle esigenze personali (suddivisione di spazi personalizzabili e adattabili alle esigenze delle singole persone; caratterizzazione di tali spazi in funzione delle caratteristiche e delle preferenze delle persone che ci vivono: arredi, colori, ecc.);
- la cura sanitaria, attraverso prestazioni terapeutiche, medico-infermieristiche di varia natura;
- il sostegno riabilitativo di mantenimento e sviluppo delle autonomie motorie;
- il sostegno educativo finalizzato alla strutturazione della consapevolezza di sé e di un'identità personale adulta e al rinforzo delle autonomie cognitive, personali e di integrazione sociale e di partecipazione alla cittadinanza;
- la cura assistenziale necessaria a supportare il compimento degli atti fondamentali della vita quotidiana.

Nel territorio della provincia di Pavia, nel 2014 erano presenti 10 RSD per un totale complessivo di 255 posti letto contrattualizzati (ASL Pavia 2015).

Disaggregando il dato per Piano di Zona (tabella 5), emerge che, in termini assoluti, il territorio con offerta maggiore è Voghera (3 strutture, 104 posti),

seguito da Pavia (2 strutture, 48 posti). Inoltre, esistono diversi Piani di Zona che offrono una sola struttura RSD, in ordine decrescente di posti disponibili: Casteggio, Broni, Vigevano, Mortara, Garlasco. Infine, Certosa e Corteolona, che non offrono alcun servizio RSD sul proprio territorio.

Per operare un confronto dell'offerta di RSD esistente nei 9 Piani di Zona della provincia di Pavia è necessario prendere come riferimento il dato provinciale totale. In questo modo è possibile ricavare percentuali di offerta rispetto a tutto il territorio pavese.

Per fare ciò si considerano per ogni Piano di Zona le variabili precedentemente utilizzate, ovvero il numero delle strutture RSD e il numero dei posti disponibili in esse, rapportandole in questo caso al dato provinciale. Infine si ricava il valore percentuale.

Anche in termini percentuali (tabella 5), il Piano di Zona di Voghera conferma la sua maggiore offerta (30% di strutture, 41% di posti rispetto al totale provinciale), seguito da Pavia (20% di strutture, 19% di posti). Gli altri Piani di Zona che dispongono di strutture RSD sul proprio territorio offrono il 10% sul totale provinciale e il 4-14% di posti.

Tabella 5. Offerta di strutture RSD nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori assoluti e percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	Popolazione totale residente	Valori assoluti		Valori percentuali	
		N. strutture RSD	N. posti letto a contratto nelle strutture RSD	N. strutture RSD nel PdZ *100 / N. strutture RSD tot	N. posti letto nelle strutture RSD nel PdZ *100 / N. posti letto nelle strutture RSD tot
Broni	40.716**	1	20	10%	8%
Casteggio	34.621	1	36	10%	14%
Certosa	74.594'	0	0	0%	0%
Corteolona	45.804	0	0	0%	0%
Garlasco	55.780'	1	11	10%	4%
Mortara	42.785'	1	18	10%	7%
Pavia	103.428'	2	48	20%	19%
Vigevano	83.298	1	18	10%	7%
Voghera	66.798**	3	104	30%	41%
Totale	547.824	10	255	100%	100%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: la popolazione residente si intende al 31 dicembre 2014, tranne nei seguenti casi: ' = dato al 1° gennaio 2014; ** = dato al 31 dicembre 2013.

Graficamente tali risultati si traducono in un confronto visivo fra i 9 Piani di Zona. Il grafico 2 descrive tale posizionamento e permette alcune considerazioni qualitative. L'area del grafico è stata divisa in quattro quadranti (numerati in ordine orario) sulla base dei valori medi delle due variabili considerate per l'analisi.

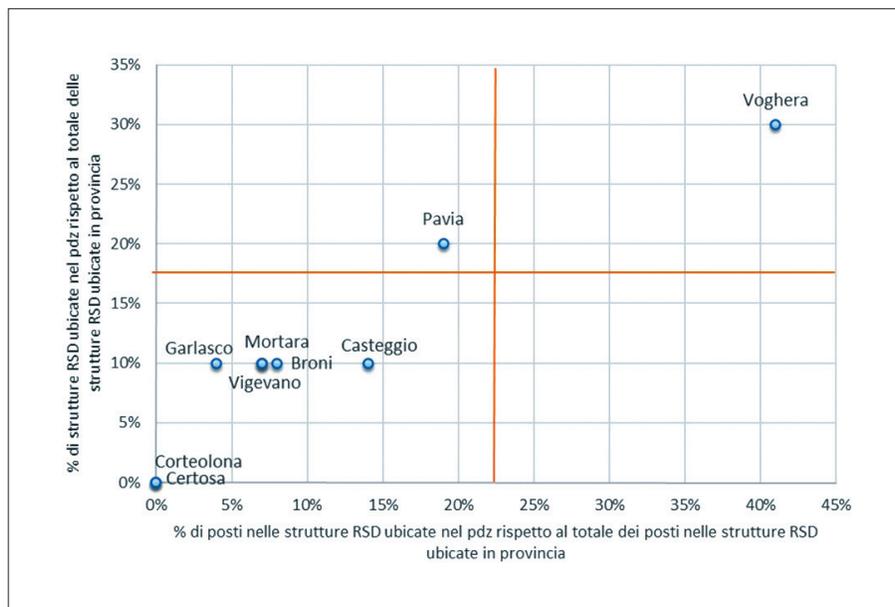


Grafico 2. Offerta di strutture RSD: confronto fra i Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Il primo aspetto che si può commentare è che quasi tutti i Piani di Zona (esclusa Pavia ed esclusi Certosa e Corteolona, che hanno valore 0 perché non aventi offerta di RSD) si collocano nei quadranti 1 e 3 (grafico 2 e figura 1). Nel quadrante 1, che descrive il caso di alte percentuali di offerta di strutture e posti rispetto al territorio provinciale, si posiziona Voghera, il Piano di Zona con offerta quindi più 'strutturata'. Il quadrante 2, caratterizzato da basse percentuali di offerta di strutture e alte di posti disponibili (offerta 'concentrata'), è vuoto.

Nel quadrante 3, che descrive un'offerta 'contenuta', ovvero la prevalenza di poche strutture di piccole dimensioni, si posiziona la maggioranza dei Piani di Zona: Casteggio, Broni, Vigevano, Mortara e Garlasco. Da notare che tutti questi territori hanno pari offerta di strutture (10% rispetto al totale provinciale). In termini di posti offerti, Casteggio è il territorio che offre di più (14%), mentre

Garlasco quello che offre meno (4%). Infine, nel quadrante 4, che descrive un'offerta 'sparsa', ovvero diffusa sul territorio (offerta alta di strutture, bassa di posti, prevalenza quindi di tante strutture di piccole dimensioni), si posiziona il Piano di Zona di Pavia.

Si osserva che l'offerta di RSD è molto differente secondo il Distretto socio-sanitario di riferimento: i Piani di Zona del Distretto Oltrepò si collocano nel quadrante 1 (Voghera) o nella parte più alta del quadrante 3 (Casteggio, Broni); complessivamente quindi l'Oltrepò è il distretto con offerta maggiore in provincia; i Piani di Zona del Pavese si posizionano al punto 0 (Certosa, Corteolona), non avendo strutture RSD; Pavia va considerata a parte, quindi complessivamente il pavese ha un'offerta molto differenziata sul territorio; i Piani di Zona della Lomellina hanno invece un'offerta di RSD identica fra loro (sono infatti tutti collocati vicini nel grafico 2).

Ricordiamo, in ogni caso, che in termini quantitativi offerta maggiore non significa migliore, e che offerta minore non equivale a peggiore, poiché l'offerta può essere valutata migliore o peggiore a livello quantitativo solo se rapportata alla domanda per il servizio.

Centri Diurni per Disabili (CDD)

I Centri diurni per persone con disabilità (CDD) sono servizi semiresidenziali, aperti nelle ore diurne, che accolgono persone di età superiore ai 18 e, di norma, sino ai 65 anni, con disabilità gravi dipendenti da qualsiasi causa. Nei CDD vengono garantite prestazioni sociosanitarie, attività di riabilitazione, attività di socio-riabilitazione e attività educative secondo programmi individualizzati definiti, se possibile, con il coinvolgimento delle famiglie.

All'interno dei CDD le persone disabili trovano una struttura di appoggio alle situazioni di vita familiare e quotidiana, attraverso interventi educativi, ricreativi, assistenziali e riabilitativi.

Il CDD si propone diverse finalità:

- sostegno diurno ai genitori con un figlio disabile adulto;
- sostegno educativo della persona disabile nel processo di crescita, di strutturazione dell'identità adulta finalizzato a promuovere i requisiti necessari per una buona convivenza e integrazione familiare e comunitaria;
- sostegno educativo per progettare l'emancipazione della persona con disabilità dalla famiglia;
- sostegno abilitativo e riabilitativo per l'acquisizione, il recupero e il mantenimento funzionale delle capacità e delle autonomie della persona disabile;
- sostegno psicosociale al nucleo familiare per supportare i processi di cambiamento conseguenti la nascita e la permanenza in famiglia di un figlio con disabilità intellettiva;

- sostegno comunitario e psicosociale negli ambienti di vita della comunità per favorire processi di presa in carico inclusivi.

Nel territorio della provincia di Pavia, nel 2014 erano presenti 14 CDD per un totale complessivo di 370 posti a contratto (ASL Pavia 2015).

Disaggregando il dato per Piano di Zona (tabella 6), emerge che, in termini assoluti, il territorio con offerta maggiore è Pavia (4 strutture, 105 posti), seguito da Vigevano (3 strutture per 60 posti) e Voghera (2 strutture per 55 posti); in sostanza, i Piani di Zona di riferimento per ogni Distretto sociosanitario. Tutti gli altri posseggono una sola struttura con 30 posti ciascuno. Casteggio è l'unico territorio senza offerta di CDD.

Per operare un confronto dell'offerta di CDD esistente nei 9 Piani di Zona della provincia di Pavia è necessario prendere come riferimento il dato provinciale totale. In questo modo è possibile ricavare percentuali di offerta rispetto a tutto il territorio pavese.

Tabella 6. Offerta di strutture CDD nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori assoluti e percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	Popolazione totale residente	Valori assoluti		Valori percentuali	
		N. strutture CDD	N. posti a contratto nelle strutture CDD	N. strutture CDD nel PdZ *100 / N. strutture CDD tot	N. posti nelle strutture CDD nel PdZ *100 / N. posti nelle strutture CDD tot
Broni	40.716**	1	30	7%	8,1%
Casteggio	34.621	0	0	0%	0%
Certosa	74.594'	1	30	7%	8,1%
Corteolona	45.804	1	30	7%	8,1%
Garlasco	55.780*	1	30	7%	8,1%
Mortara	42.785*	1	30	7%	8,1%
Pavia	103.428'	4	105	29%	28,4%
Vigevano	83.298	3	60	22%	16,2%
Voghera	66.798**	2	55	14%	14,9%
Totale	547.824	14	370	100%	100%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: la popolazione residente si intende al 31 dicembre 2014, tranne nei seguenti casi: * = dato al 1° gennaio 2014; ** = dato al 31 dicembre 2013.

Per fare ciò si considerano per ogni Piano di Zona le variabili precedentemente utilizzate, ovvero il numero delle strutture CDD e il numero dei posti disponibili in esse, rapportandole al dato provinciale. Infine si ricava il valore percentuale.

Anche in termini percentuali (tabella 6), Pavia conferma la propria maggiore offerta (29% di strutture e 28,4% di posti sul totale provinciale), seguita da Vigevano (22% di strutture e 16,2% di posti) e Voghera (14% e 14,9%). Gli altri Piani di Zona con offerta positiva offrono tutti il 7% di strutture e l'8,1% di posti disponibili in provincia.

Graficamente tali risultati si traducono in un confronto visivo fra i 9 Piani di Zona. Il grafico 3 descrive tale posizionamento e permette alcune considerazioni qualitative. L'area del grafico è stata divisa in quattro quadranti (numerati in ordine orario) sulla base dei valori medi delle due variabili considerate per l'analisi.

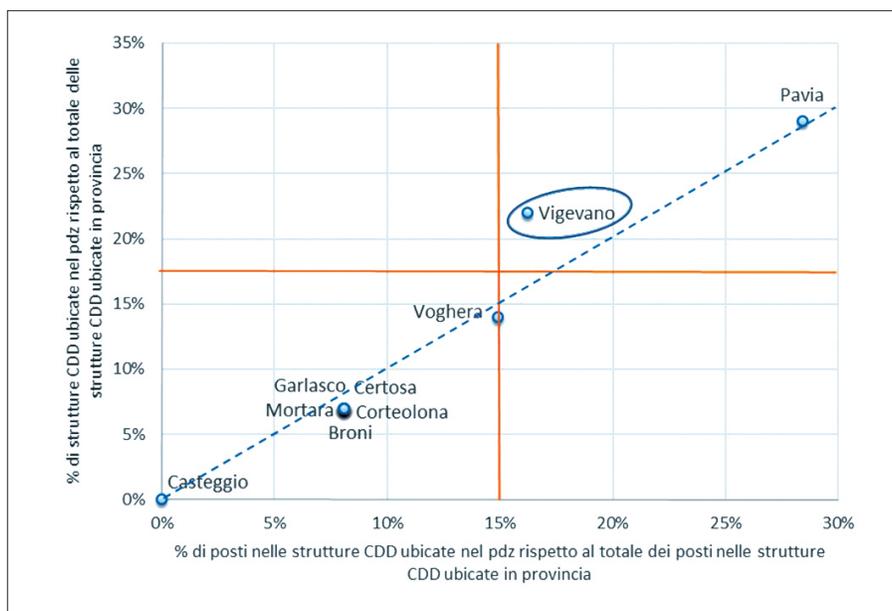


Grafico 3. Offerta di strutture CDD: confronto fra i Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Come già visto finora per le strutture esaminate, anche per i CDD i Piani di Zona hanno un'offerta che tende a collocarsi sui quadranti 1 e 3, ovvero un'offerta 'strutturata' o 'contenuta', ma tendono a mantenersi in una posizione di equilibrio rispetto al grado di diffusione sul territorio (offerta né troppo concentrata, né troppo sparsa).

Pavia e Vigevano si confermano come territori a offerta strutturata; Voghera, terzo territorio per percentuali di strutture e posti offerti, si colloca nel grafico 3, a cavallo fra il quadrante 2 e il 3, quindi ha un'offerta che, pur contenuta rispetto alla media, tende a essere concentrata. Casteggio, come già detto, non offre CDD sul proprio territorio; tutti gli altri si posizionano nel quadrante 3 (offerta contenuta) esattamente nello stesso punto (offrono infatti tutti il 7% di strutture e l'8,1% dei posti disponibili rispetto alla provincia).

Infine si osserva (grafico 3) che tutti i Piani di Zona si posizionano in corrispondenza di una precisa linea di rapporto posti/strutture (linea blu tratteggiata, uguale percentuale di posti e di strutture), tranne Vigevano: si ipotizza quindi che il rapporto posti/strutture pari a 1 rappresenti il valore migliore per questa tipologia di servizio.

Ricordiamo, in ogni caso, che in termini quantitativi offerta maggiore non significa migliore, e che offerta minore non equivale a peggiore, poiché l'offerta può essere valutata migliore o peggiore a livello quantitativo solo se rapportata alla domanda per il servizio.

Comunità Socio-Sanitarie (CSS)

Le Comunità sociosanitarie per persone con disabilità (CSS) sono strutture residenziali, autorizzate come Comunità alloggio socioassistenziali, e accreditate al sistema sociosanitario in quanto disponibili all'accoglienza di persone adulte con grave disabilità, prive di sostegno familiare, che scelgono la Comunità come dimora abituale. Le CSS garantiscono agli ospiti le necessarie prestazioni di carattere sociosanitario.

Il servizio è rivolto a persone adulte con disabilità fisica e/o intellettuale che non necessitino di prestazioni a elevata integrazione sanitaria, ma di soluzioni residenziali a maggior protezione sociosanitaria, persone che presentino una situazione di:

- inesistenza del nucleo familiare, nonché impraticabilità o improponibilità di una permanenza in esso;
- presenza di patologia invalidante tale da non precluderne la partecipazione e il coinvolgimento diretto nella vita sociale e comunitaria;
- compatibilità tra i problemi posti dalla persona disabile da inserire e quelli presentati dal gruppo di ospiti già conviventi.

Finalità della CSS è costituire una soluzione residenziale a carattere permanente a favore di persone disabili adulte attraverso prestazioni sostitutive del nucleo familiare, qualora lo stesso sia inesistente, impossibilitato o del tutto incapace ad assolvere i propri compiti, oppure qualora la persona disabile stessa rivendichi il proprio diritto a rendersi autonoma dalla famiglia.

Obiettivi della struttura CSS sono quindi:

- offrire alle persone che vivono in Comunità un'opportunità di emancipazione dalla famiglia;
- mantenere la persona nel proprio ambiente di vita favorendo rapporti sociali e affettivi;
- consentire una qualità di vita accettabile e condivisa;
- svolgere azione preventiva rispetto al rischio di perdita totale dell'autonomia, favorendo l'esercizio delle capacità della vita quotidiana;
- prevenire l'isolamento creando momenti di socializzazione e nuovi legami che vadano oltre la cerchia familiare.

Nel territorio della provincia di Pavia, nel 2014 erano presenti 12 CSS per un totale complessivo di 110 posti a contratto (ASL Pavia 2015).

Disaggregando il dato per Piano di Zona (tabella 7), emerge che, in termini assoluti, il territorio che ha una offerta maggiore di CSS è Pavia (4 strutture, 37 posti), seguita da Broni (3 strutture, 30 posti) e Voghera (3 strutture, 23 posti). Poi troviamo, a parità di offerta (1 struttura con 10 posti), Corteolona e Vigevano. Esistono infine 4 Piani di Zona che non hanno offerta di CSS (Casteggio, Certosa, Garlasco e Mortara).

Tabella 7. Offerta di strutture CSS nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori assoluti e percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	Popolazione totale residente	Valori assoluti		Valori percentuali	
		N. strutture CSS	N. posti a contratto nelle strutture CSS	N. strutture CSS nel PdZ *100 / N. strutture CSS tot	N. posti nelle strutture CSS nel PdZ *100 / N. posti nelle strutture CSS tot
Broni	40.716**	3	30	25%	27,3%
Casteggio	34.621	0	0	0%	0%
Certosa	74.594*	0	0	0%	0%
Corteolona	45.804	1	10	8,3%	9,1%
Garlasco	55.780*	0	0	0%	0%
Mortara	42.785*	0	0	0%	0%
Pavia	103.428*	4	37	33,4%	33,6%
Vigevano	83.298	1	10	8,3%	9,1%
Voghera	66.798**	3	23	25%	20,9%
Totale	547.824	12	110	100%	100%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: la popolazione residente si intende al 31 dicembre 2014, tranne nei seguenti casi: * = dato al 1 gennaio 2014; ** = dato al 31 dicembre 2013.

Per operare un confronto dell'offerta di CSS esistente nei 9 Piani di Zona della provincia di Pavia è necessario prendere come riferimento il dato provinciale totale. In questo modo è possibile ricavare percentuali di offerta rispetto a tutto il territorio pavese.

Per fare ciò si considerano per ogni Piano di Zona le variabili precedentemente utilizzate, ovvero il numero delle strutture CSS e il numero dei posti disponibili in esse, rapportandole al dato provinciale. Infine si ricava il valore percentuale.

Anche in termini percentuali (tabella 7), la maggiore offerta arriva dai territori di Pavia (33,4% di strutture e 33,6% di posti disponibili rispetto alla provincia), Broni (25% di strutture e 27,3% di posti) e Voghera (25% di strutture, 20,9% di posti). Vigevano e Corteolona sono in posizione intermedia (8,3% di strutture, 9,1% di posti), mentre i restanti Piani di Zona non offrono alcun servizio CSS.

Graficamente tali risultati si traducono in un confronto visivo fra i 9 Piani di Zona. Il grafico 4 descrive tale posizionamento e permette alcune considerazioni qualitative. L'area del grafico è stata divisa in quattro quadranti (numerati in ordine orario) sulla base dei valori medi delle due variabili considerate per l'analisi.

Come già visto finora, i Piani di Zona si collocano tutti nei quadranti 1 e 3: nel quadrante 1, quello che descrive l'offerta 'strutturata' di CSS (alte percentuali

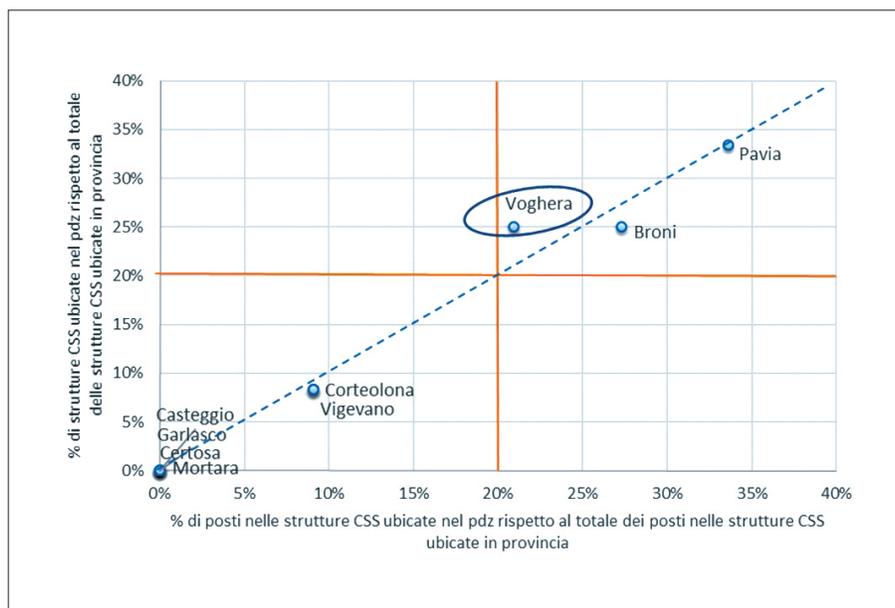


Grafico 4. Offerta di strutture CSS: confronto fra i Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

di strutture e di posti), troviamo i territori di Pavia, Broni e Voghera (questi ultimi due offrono pari numero di strutture ma in termini di posti Broni offre di più); nel quadrante 3, che descrive una offerta 'contenuta', si posizionano i Piani di Zona di Vigevano e Corteolona con offerta esattamente uguale (oltre che tutti gli altri, che hanno offerta nulla).

Infine, si osserva (grafico 4) che quasi tutti i Piani di Zona (escluso Voghera) si collocano su una precisa linea di rapporto posti/strutture (linea blu tratteggiata, uguale percentuale di posti e di strutture): si ipotizza quindi che il rapporto posti/strutture pari a 1 rappresenti il valore migliore per questa tipologia di servizio.

Concludendo, il Piano di Zona di Pavia ha l'offerta di CSS maggiore della provincia, differenziandosi, e non di poco, da Broni e Voghera.

Ricordiamo, in ogni caso, che in termini quantitativi offerta maggiore non significa migliore, e che offerta minore non equivale a peggiore, poiché l'offerta può essere valutata migliore o peggiore a livello quantitativo solo se rapportata alla domanda per il servizio.

3.2.2. Matrice di posizionamento

Per arrivare a definire una matrice di posizionamento complessiva dell'offerta per le persone disabili, consideriamo il numero complessivo di UdO RSD, CDD e CSS e i posti disponibili in esse (tabella 8). In totale, in provincia di Pavia esistono 36 strutture di questo tipo per 735 posti disponibili.

Per operare un confronto dell'offerta per i disabili esistente nei 9 Piani di Zona della provincia di Pavia è necessario prendere come riferimento il dato provinciale totale. In questo modo è possibile ricavare percentuali di offerta rispetto a tutto il territorio pavese.

Per fare ciò si considerano per ogni Piano di Zona le variabili precedentemente utilizzate, ovvero il numero delle strutture RSD, CDD e CSS e il numero dei posti disponibili in esse, rapportandole al dato provinciale. Infine si ricava il valore percentuale.

Il territorio che offre di più è Pavia (valori assoluti: 10 strutture, 190 posti; valori percentuali: 27,8% di strutture e 25,8% di posti rispetto alla provincia), seguita da Voghera (8 strutture per un totale di 182 posti, 22,3% delle strutture e 24,8% dei posti). A una certa distanza troviamo Vigevano e Broni (5 strutture con circa 80-90 posti, 13,9% delle strutture, 11-12% dei posti). Infine, i Piani di Zona rimanenti offrono tutti quantità minori rispetto alla media (2-5% delle strutture, 4-6% dei posti).

Tabella 8. Offerta di strutture per disabili (RSD, CDD e CSS) nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori assoluti e percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	Popolazione totale residente	Valori assoluti		Valori percentuali	
		N. strutture RSD, CDD e CSS	N. posti a contratto nelle strutture RSD, CDD e CSS	N. strutture RSD, CDD, CSS nel PdZ *100 / N. strutture RSD, CDD, CSS tot	N. posti nelle strutture RSD, CDD, CSS nel PdZ *100 / N. posti nelle strutture RSD, CDD, CSS tot
Broni	40.716**	5	80	13,9%	10,9%
Casteggio	34.621	1	36	2,8%	4,9%
Certosa	74.594 [*]	1	30	2,8%	4,1%
Corteolona	45.804	2	40	5,5%	5,4%
Garlasco	55.780 [*]	2	41	5,5%	5,6%
Mortara	42.785 [*]	2	48	5,5%	6,5%
Pavia	103.428 [*]	10	190	27,8%	25,8%
Vigevano	83.298	5	88	13,9%	12%
Voghera	66.798**	8	182	22,3%	24,8%
Totale	<i>547.824</i>	<i>36</i>	<i>735</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: la popolazione residente si intende al 31 dicembre 2014, tranne nei seguenti casi: ^{*} = dato al 1° gennaio 2014; ^{**} = dato al 31 dicembre 2013.

I risultati di tabella 8 si possono tradurre in un confronto visivo fra i 9 Piani di Zona. Il grafico 5 descrive tale posizionamento e permette alcune considerazioni qualitative. L'area del grafico è stata divisa in quattro quadranti (numerati in ordine orario) sulla base dei valori medi delle due variabili considerate per l'analisi.

La prima osservazione che emerge (grafico 5 e figura 1) è che tutti i Piani di Zona si concentrano nei quadranti 1 e 3: questo dato è indicativo del fatto che l'offerta di strutture per disabili tende a differenziarsi fra i vari territori più per quantità che per distribuzione sul territorio. L'asse dei quadranti 1-3 è infatti quello che descrive la 'capienza' dell'offerta, ovvero se si tratta di un'offerta strutturata (1) o contenuta (3); mentre l'asse dei quadranti 2-4 descrive la 'distribuzione' dell'offerta sul territorio, che può essere concentrata (2) o sparsa (4). Nel quadrante 1 troviamo i Piani di Zona di Pavia e Voghera, che rappresentano quindi i territori con offerta maggiore per i disabili. Nel quadrante 3 troviamo Vigevano e Broni (ai limiti con il quadrante 4), Mortara, Garlasco, Corteolona,

Casteggio e Certosa: questi sono i territori con offerta più contenuta. Notiamo quindi nella matrice complessiva che riassume l'offerta per i disabili la presenza nel quadrante 1 dei due Piani di Zona (Pavia e Voghera) che hanno un'offerta generosa per la maggioranza delle tipologie di UdO considerate (RSD, CDD, CSS): per le RSD primeggia Voghera, Pavia ha una buona offerta anche se ricade nel quadrante 4 (grafico 2); per i CDD primeggia Pavia, Voghera è nella parte alta del quadrante 3 (grafico 3); per le CSS sia Pavia che Voghera si trovano nel quadrante 1 con offerta strutturata (grafico 4).

Inoltre, a livello di matrice complessiva di offerta per le persone disabili, troviamo con offerta quantitativamente intermedia Broni e Vigevano, due territori che rientrano nel quadrante 3 (offerta contenuta), posizionandosi nella parte alta del quadrante. Questo accade perché, mentre per le RSD Broni e Vigevano si posizionano sempre nel quadrante 3 in punti quasi sovrapposti (grafico 2), per i CDD Vigevano si colloca nel quadrante 1 con offerta strutturata (grafico 3), infine per le CSS è Broni a collocarsi nel quadrante 1 (grafico 4).

I quadranti 2 e 4 sono di fatto vuoti e ricalcano due tipologie di offerta molto ben strutturate e differenziate. Il quadrante 2 descrive il caso di un territorio in cui prevalgono poche strutture di grandi dimensioni, con tanti posti (offerta



Grafico 5. Offerta di strutture per disabili (RSD, CDD e CSS): matrice di posizionamento quantitativa dei Piani di Zona della provincia di Pavia, 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

‘concentrata’), tipico del settore pubblico molto attento ai vincoli di bilancio, che quindi tende a concentrare il servizio contenendo i costi fissi (risorse strutturali, ecc.) e variabili (risorse umane, ecc.). Il quadrante 4 è il caso dell’offerta ‘sparsa’ sul territorio, ovvero la situazione in cui prevalgono tante strutture di piccole dimensioni che erogano il servizio.

Infine, si nota (grafico 5, linea blu tratteggiata) che esiste una corrispondenza diretta fra offerta di strutture per disabili e offerta di posti: la maggioranza dei Piani di Zona si colloca in prossimità di essa, ovvero offre le stesse percentuali di strutture e di posti rispetto al territorio provinciale.

Concludendo, come già detto, i Piani di Zona della provincia di Pavia tendono a differenziarsi per un’offerta di strutture per persone disabili caratterizzata soprattutto dal parametro ‘grandezza’ (offerta strutturata/contenuta) e poco dal parametro ‘distribuzione’ (offerta concentrata/sparsa).

Importante infine sottolineare che un’offerta ‘contenuta’ (quella tipica del quadrante 3) non è sinonimo di inadeguatezza, così come un’offerta ‘strutturata’ (quadrante 1) non è sinonimo di adeguatezza: l’offerta migliore è quella che in termini quantitativi più si adatta alla domanda del territorio per lo specifico servizio, senza lasciare numerosi posti vacanti (eccesso di offerta rispetto alla domanda) o esagerate liste di attesa (carenza di offerta rispetto alla domanda), aspetto che sarà analizzato nel capitolo 5. Una valutazione completa dell’offerta di un servizio non può prescindere naturalmente da altri fattori importanti quali la qualità; in questa sede l’analisi è però limitata alla dimensione quantitativa.

3.3. L’OFFERTA DI SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI PER LE PERSONE CON DIPENDENZE

3.3.1. Offerta di Comunità terapeutiche per le dipendenze

Le Comunità per le dipendenze sono Unità di Offerta residenziale rivolte a soggetti con problematiche di dipendenza per l’attuazione di programmi terapeutici di recupero, trattamento, reinserimento. Esse si aggiungono ad altri servizi esistenti sul territorio, quali i Ser.t. (esistenti a Pavia, Voghera e Vigevano), per andare a definire una rete di assistenza capillare e il più possibile vicina al bisogno del cittadino, spesso in molti casi ancora sommerso (Comune di Pavia 2014; Guelfi 2012).

Sul territorio della ASL di Pavia nel 2014 erano presenti 2 Comunità semiresidenziali (tabella 9) per un totale di 33 posti a contratto, 10 allocati in una UdO del Distretto di Voghera e 23 in una struttura semiresidenziale del Distretto di Pavia. Le Comunità residenziali sono complessivamente 15, di cui 3 dislocate in

Tabella 9. Offerta di Comunità per le dipendenze (residenziali e semiresidenziali) nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori assoluti disaggregati per tipologia di Comunità, anno 2014.

Piano di Zona	Popolazione totale residente	N. Comunità per le dipendenze			N. posti letto a contratto nelle Comunità per le dipendenze		
		Semi-residenziali	Residenziali	Tot	Semi-residenziali	Residenziali	Tot
Broni	40.716**	0	0	0	0	0	0
Casteggio	34.621	0	0	0	0	0	0
Certosa	74.594 [*]	0	2	2	0	51	51
Corteolona	45.804	0	3	3	0	87	87
Garlasco	55.780 [*]	0	1	1	0	14	14
Mortara	42.785 [*]	0	1	1	0	49	49
Pavia	103.428 [*]	1	5	6	23	60	83
Vigevano	83.298	0	1	1	0	8	8
Voghera	66.798**	1	2	3	10	30	40
Totale	547.824	2	15	17	33	299	332

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: la popolazione residente si intende al 31 dicembre 2014, tranne nei seguenti casi: ^{*} = dato al 1° gennaio 2014;

** = dato al 31 dicembre 2013.

Lomellina, 2 nel Distretto dell'Oltrepò e 10 nel Distretto Pavese. L'offerta complessiva è di 314 posti letto autorizzati di cui 299 a contratto suddivisi in moduli differenti a seconda della problematica emergente e del conseguente bisogno del cittadino (ASL Pavia 2015). Pavia è il territorio con maggiore offerta di strutture, mentre in termini di posti disponibili Corteolona ha l'offerta maggiore della provincia.

Per operare un confronto dell'offerta disponibile per le persone con dipendenze esistente nei 9 Piani di Zona della provincia di Pavia è necessario prendere come riferimento il dato provinciale totale. In questo modo è possibile ricavare percentuali di offerta rispetto a tutto il territorio pavese.

Per fare ciò si considerano per ogni Piano di Zona le variabili precedentemente utilizzate, ovvero il numero delle strutture per le dipendenze (semiresidenziali e residenziali) e il numero dei posti disponibili in esse, rapportandole al dato provinciale. Infine si ricava il valore percentuale.

Il risultato è descritto in tabella 10. Pavia, territorio che – come già detto – ha offerta maggiore, copre il 35,3% delle Comunità per le dipendenze della provincia e il 25% dei posti disponibili (6 strutture per 83 posti). Corteolona, pur offrendo solo il 17,6% delle strutture, è però il territorio con percentuale più alta

Tabella 10. Offerta di Comunità per le dipendenze (residenziali e semiresidenziali) nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori assoluti e percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	Popolazione totale residente	Valori assoluti		Valori percentuali	
		N. Comunità per le dipendenze	N. posti letto a contratto nelle Comunità per le dipendenze	N. Comunità per le dipendenze nel PdZ *100 / N. Comunità per le dipendenze tot	N. posti letto nelle Comunità per le dipendenze nel PdZ *100 / N. posti letto nelle Comunità per le dipendenze tot
Broni	40.716**	0	0	0%	0%
Casteggio	34.621	0	0	0%	0%
Certosa	74.594*	2	51	11,8%	15,4%
Corteolona	45.804	3	87	17,6%	26,2%
Garlasco	55.780*	1	14	5,9%	4,2%
Mortara	42.785*	1	49	5,9%	14,8%
Pavia	103.428*	6	83	35,3%	25%
Vigevano	83.298	1	8	5,9%	2,4%
Voghera	66.798**	3	40	17,6%	12%
Totale	<i>547.824</i>	<i>17</i>	<i>332</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: la popolazione residente si intende al 31 dicembre 2014, tranne nei seguenti casi: * = dato al 1° gennaio 2014; ** = dato al 31 dicembre 2013.

di posti disponibili (26,2%). Broni e Casteggio non hanno alcuna Comunità per le dipendenze sul proprio territorio. Gli altri Piani di Zona si collocano in posizioni intermedie.

3.3.2. Matrice di posizionamento

I risultati della tabella 10 si traducono graficamente in un confronto visivo fra i 9 Piani di Zona. Il grafico 6 descrive tale posizionamento e permette alcune considerazioni qualitative. L'area del grafico è stata divisa in quattro quadranti (numerati in ordine orario) sulla base dei valori medi delle due variabili considerate per l'analisi.

Nel quadrante 1 (offerta strutturata, prevalenza di molte strutture di grandi dimensioni) troviamo Pavia, il territorio con offerta maggiore di strutture per le dipendenze. Nel quadrante 2 troviamo i Piani di Zona di Corteolona e Certosa,

caratterizzati quindi (v. figura 1) da un'offerta concentrata, ovvero con un numero contenuto di strutture a fronte di un numero elevato di posti disponibili (prevalenza di poche strutture di grandi dimensioni). Ricordiamo che il Piano di Zona di Pavia offre 6 strutture per 83 posti, mentre Corteolona solo 3 strutture (la metà di Pavia) ma 87 posti (1 posto in più di Pavia). Ciò significa che Pavia e Corteolona offrono di fatto la stessa quantità di posti (rispettivamente il 25% e il 26,2%), ma Corteolona, avendo meno strutture, ha un'offerta per le dipendenze più concentrata sul territorio. Certosa, invece, si posiziona a cavallo con il quadrante 3.

Nel quadrante 3 (offerta contenuta, prevalenza di poche strutture di piccole dimensioni) troviamo (oltre Casteggio e Broni che non offrono questo servizio e si posizionano quindi sullo zero) i Piani di Zona di Voghera, Mortara, Garlasco e Vigevano. Voghera, fra questi è quello con offerta maggiore (17,6% di strutture, 12% di posti). Voghera e Corteolona offrono la stessa percentuale di strutture (3, 17,6%) ma Voghera ha disponibili solo la metà dei posti di Corteolona (40 *vs.* 87). Vigevano, Garlasco e Mortara hanno pari strutture (1, 5,9%) ma numero diverso di posti disponibili: Mortara è fra i tre (e fra tutti i territori collocati nel quadrante 3) quello con offerta più concentrata.

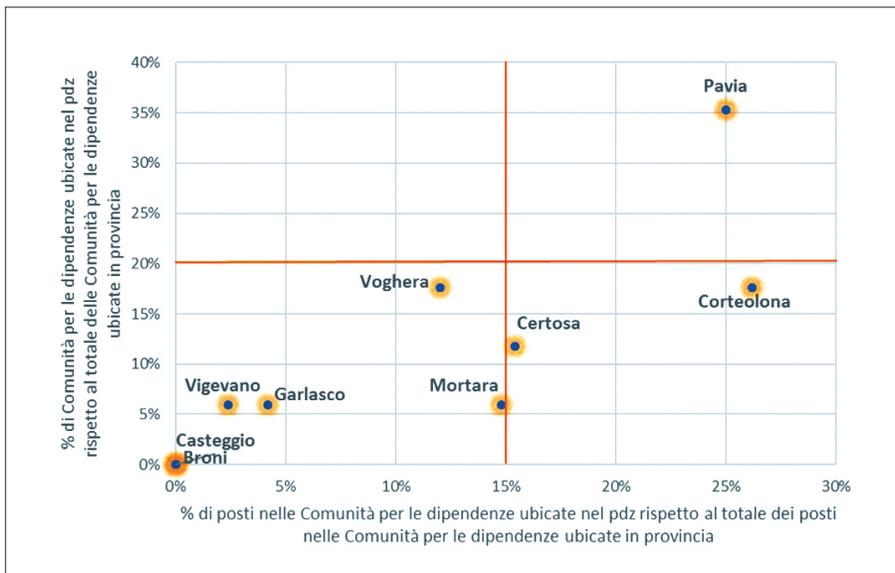


Grafico 6. Offerta di Comunità (residenziali e semiresidenziali) per le dipendenze: matrice di posizionamento quantitativa dei Piani di Zona della provincia di Pavia, 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Ricordiamo, in ogni caso, che in termini quantitativi offerta maggiore non significa migliore, e che offerta minore non equivale a peggiore, poiché l'offerta può essere valutata migliore o peggiore a livello quantitativo solo se rapportata alla domanda per il servizio.

3.4. L'OFFERTA DI SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA

3.4.1. *L'offerta di RSA e CDI*

Residenze Sanitarie Assistite (RSA)

Le residenze sanitarie assistite (RSA) sono le unità d'offerta che offrono ad anziani non autosufficienti, non assistibili al domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche stabilizzate, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera. L'ospitalità può essere permanente, temporanea e di sollievo. Sono quindi strutture residenziali destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti, garantendo interventi di natura sociosanitaria destinati a migliorarne i livelli di autonomia, promuoverne il benessere, prevenire e curare le malattie croniche e la loro riacutizzazione. Il servizio è rivolto alle persone anziane che hanno difficoltà a vivere nella propria abitazione e per le quali le cure fornite da altri servizi, quali ad esempio l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), il Centro Diurno Integrato (CDI) o i Servizi di Assistenza Domiciliare Comunali, non sono più sufficienti (Taccani *et al.* 1997).

Le RSA in provincia di Pavia possono essere pubbliche o private, accreditate e non. Nelle RSA pubbliche e private, se accreditate e con un contratto con la ASL, una parte dei costi viene sostenuta dal Fondo Sanitario Regionale, l'altra dalle persone ospiti o dai Comuni dove esse risiedono. Invece, nelle RSA che non hanno un contratto con l'ASL i costi sono totalmente a carico delle persone ospiti o dei Comuni di residenza. È prevista a carico della persona ospite in una RSA una partecipazione ai costi sociali e alberghieri, mentre Regione Lombardia, nelle strutture a contratto con l'ASL, paga la quota sanitaria. L'indicazione delle rette a carico della persona è data attraverso i siti Internet delle ASL o delle RSA ed è contenuta nella Carta dei Servizi di cui ogni struttura (sia a contratto che senza contratto) si è dotata.

Qualora la persona interessata non fosse in grado di sostenere i costi del ricovero, può rivolgersi al Comune di residenza, dove può ricevere assistenza secondo la normativa vigente.

Per ogni ospite, la RSA prevede una valutazione medica e la predisposizione di un Piano di Assistenza Individuale nel quale vengono fornite tutte le indicazioni

su quanto c'è da fare per garantire un'assistenza appropriata secondo i bisogni della persona (Iurlaro 2010).

Le RSA rappresentano la tipologia di struttura per anziani più presente e diffusa sul territorio, anche se la rete di assistenza per questa fascia di popolazione non si esaurisce con esse, ma prevede l'esistenza di altre tipologie di UdO (Giunco 2014; Irecoop Lombardia 2000).

Nel territorio della provincia di Pavia, nel 2014 erano presenti 83 RSA per un totale complessivo di 5.798 posti letto autorizzati, di cui 5.670 accreditati. Il 91,6% delle RSA (76) era in possesso di un contratto stipulato con la ASL e i posti letto a contratto erano complessivamente 5.292 (ASL Pavia 2015).

Disaggregando il dato per Piano di Zona (tabella 11), emerge che il territorio con offerta maggiore, almeno in termini assoluti, è il Piano di Zona di Garlasco, che possiede 20 strutture per un totale di 1.216 posti letto a contratto. Il dato è interessante soprattutto osservando la dimensione demografica: non si tratta di uno dei Piani di Zona più popolosi della provincia. Un'offerta così elevata dedicata agli anziani (sia in termini di numero di strutture, sia di posti disponibili in

Tabella 11. Offerta di strutture RSA nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori assoluti e percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	Popolazione totale residente	Valori assoluti		Valori percentuali	
		N. strutture RSA	N. posti letto a contratto nelle strutture RSA	N. strutture RSA nel PdZ *100 / N. strutture RSA tot	N. posti letto nelle strutture RSA nel PdZ *100 / N. posti letto nelle strutture RSA tot
Broni	40.716**	6	519	7,9%	9,8%
Casteggio	34.621	4	207	5,3%	3,9%
Certosa	74.594*	6	514	7,9%	9,7%
Corteolona	45.804	3	258	3,9%	4,9%
Garlasco	55.780*	20	1.216	26,3%	23%
Mortara	42.785*	12	825	15,8%	15,6%
Pavia	103.428*	2	358	2,6%	6,8%
Vigevano	83.298	5	419	6,6%	7,9%
Voghera	66.798**	18	976	23,7%	18,4%
Totale	547.824	76	5.292	100%	100%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: la popolazione residente si intende al 31 dicembre 2014, tranne nei seguenti casi: * = dato al 1° gennaio 2014; ** = dato al 31 dicembre 2013.

esse) è indice di una popolazione locale tipicamente over 75, anche se va osservato che la scelta delle strutture RSA di ubicarsi in un territorio dipende anche da altri fattori, non da ultimo la rinomanza del luogo quale meta di villeggiatura e soggiorno di benessere (v. Oltrepò pavese). Al secondo posto per offerta assoluta troviamo infatti il Piano di Zona di Voghera, con 18 strutture e 976 posti letto a contratto. Al terzo posto si posiziona invece Mortara (12 strutture per 825 posti).

Broni e Certosa si equivalgono (6 strutture per circa 516 posti). Infine, in ordine decrescente troviamo: Vigevano, Casteggio, Corteolona e Pavia. Si evidenzia quindi che il Piano di Zona di Pavia, il più popoloso della provincia, è quello con offerta di RSA assoluta più bassa in termini di numero di strutture; in funzione del numero dei posti l'offerta minore è quella di Casteggio (che è anche il territorio meno popoloso).

Complessivamente si osserva quindi che l'offerta maggiore di RSA (sia in termini di strutture, sia di posti) si ha in Lomellina e in Oltrepò, mentre il Pavese (salvo Certosa) si distingue per un'offerta molto bassa. Corteolona, ad esempio, se confrontata con un territorio demograficamente simile come quello di Broni, ha un'offerta di fatto dimezzata; se confrontata con Mortara, l'offerta di Corteolona è persino un quarto di quest'ultima.

Per operare un confronto dell'offerta di RSA esistente nei 9 Piani di Zona della provincia di Pavia è necessario prendere come riferimento il dato provinciale totale. In questo modo è possibile ricavare percentuali di offerta rispetto a tutto il territorio pavese.

Per fare ciò si considerano per ogni Piano di Zona le variabili precedentemente utilizzate, ovvero il numero delle strutture RSA e il numero dei posti disponibili in esse, rapportandole al dato provinciale. Infine si ricava il valore percentuale.

In termini percentuali (tabella 11) Garlasco, il territorio con offerta maggiore, copre il 26,3% delle strutture della provincia e il 23% dei posti rispetto a essa. Voghera, secondo territorio per offerta, copre il 23,7% delle strutture e il 18,4% dei posti. Mortara, invece, copre il 15,8% delle strutture e il 15,6% dei posti. Broni e Certosa offrono il 7,9% delle strutture e il 9,8% dei posti. Vigevano, Casteggio, Corteolona e Pavia offrono ciascuno il 2-6% delle strutture e il 4-8% dei posti.

Tali risultati si traducono graficamente in un confronto visivo fra i 9 Piani di Zona. Il grafico 7 descrive tale posizionamento e permette alcune considerazioni qualitative. L'area del grafico è stata divisa in quattro quadranti (numerati in ordine orario) sulla base dei valori medi delle due variabili considerate per l'analisi.

Il primo aspetto che si può commentare è che tutti i 9 Piani di Zona si collocano in due precisi quadranti (grafico 7 e figura 1): nel quadrante 1 troviamo

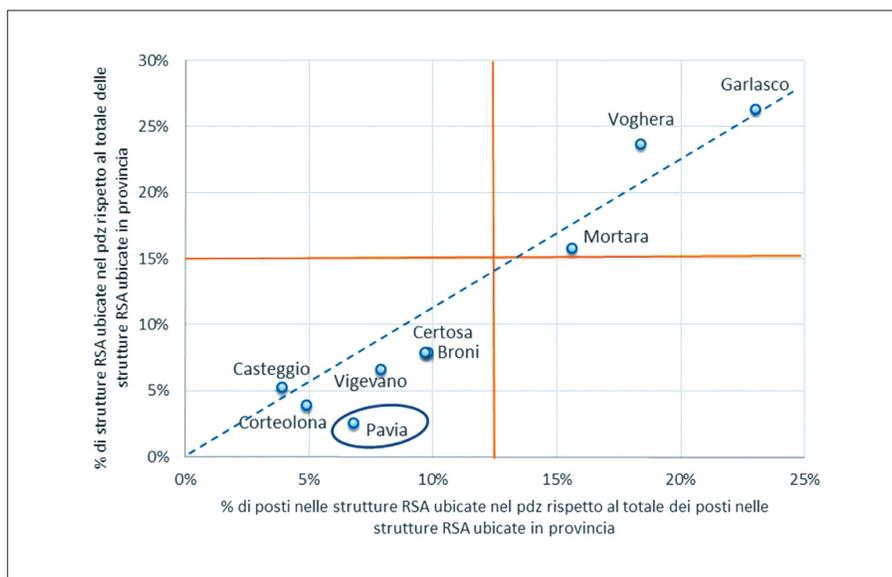


Grafico 7. Offerta di strutture RSA: confronto fra i Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

i Piani di Zona di Garlasco, Voghera e Mortara; nel quadrante 3 si posizionano invece Certosa, Broni, Vigevano, Casteggio, Corteolona e Pavia.

Il quadrante 1 è caratterizzato da un numero di strutture elevato e da un altrettanto elevato numero di posti disponibili: qui si collocano quindi i Piani di Zona che hanno sul proprio territorio una prevalenza di tante UdO con tanti posti disponibili, ovvero molte strutture di grandi dimensioni (offerta 'strutturata'). Con probabilità l'offerta è tale perché sul territorio esiste una domanda altrettanto sostenuta (popolazione tipicamente anziana oppure altri fattori che rendono attrattiva la zona per le RSA). I dati lo confermano, perché se guardiamo quali Piani di Zona si posizionano in questo quadrante osserviamo che i tre qui ubicati (Garlasco, Voghera e Mortara) sono territori alla periferia della provincia, dove la popolazione è tipicamente anziana; allo stesso tempo si tratta di luoghi rinomati per la villeggiatura e il riposo (es. Oltrepò). Il quadrante 1 è occupato quindi solo da Piani di Zona della Lomellina e Oltrepò, a conferma che l'offerta maggiore di RSA è situata lontano dal capoluogo provinciale.

Il quadrante 3 è qualitativamente caratterizzato da un numero esiguo di strutture e un altrettanto numero esiguo di posti disponibili: qui si collocano i Piani

di Zona che hanno sul proprio territorio una prevalenza di poche UdO con pochi posti disponibili, ovvero poche strutture di piccole dimensioni. Si tratta quindi di un'offerta che può essere definita 'contenuta'. Con probabilità l'offerta è tale perché sul territorio esiste una domanda altrettanto esigua oppure perché esiste una significativa mobilità intraprovinciale (molti degli utenti in RSA non risiedono nel Piano di Zona dove la RSA è ubicata). I dati lo confermano, perché se guardiamo quali Piani di Zona si posizionano in questo quadrante osserviamo che qui si collocano, fra gli altri, i tre territori più popolosi (Pavia, Vigevano e Certosa). Da notare che tutti i Piani di Zona del Distretto Pavese si trovano nel quadrante 3, a conferma che la zona vicina al capoluogo e la stessa città di Pavia hanno una offerta limitata di RSA.

Complessivamente, si può dire che Garlasco si conferma il Piano di Zona con offerta maggiore per le RSA, mentre l'offerta minore si trova a Casteggio, Cortesolona e Pavia. Ricordiamo che offerta maggiore non significa migliore, così come minore non equivale a peggiore: l'offerta quantitativamente migliore è quella che meglio si adatta alla dimensione della domanda del territorio (aspetto che sarà analizzato nel capitolo 5).

I quadranti 2 e 4 sono di fatto vuoti e ricalcano due tipologie di offerta molto ben strutturate e differenziate. Il quadrante 2 descrive il caso di un territorio con prevalenza di poche strutture di grandi dimensioni (offerta 'concentrata'), il quadrante 4 è il caso della offerta 'sparsa' sul territorio, ovvero la situazione in cui sono prevalenti tante strutture di piccole dimensioni che erogano il servizio.

Infine, si osserva (grafico 7) che quasi tutti i Piani di Zona (eccetto Pavia) tendono a collocarsi in prossimità di una linea di corrispondenza fra le percentuali di offerta di strutture RSA e di posti disponibili.

Concludendo, dal confronto assoluto e proporzionato al territorio provinciale, i Piani di Zona della provincia di Pavia tendono a differenziarsi per un'offerta di servizi RSA caratterizzata soprattutto dal parametro 'grandezza' (offerta strutturata/contenuta) e poco dal parametro 'distribuzione' (offerta concentrata/sparsa).

Centri Diurni Integrati (CDI)

I Centri Diurni Integrati (CDI) sono servizi semiresidenziali aperti nelle ore diurne e si rivolgono ad anziani che vivono a casa, i quali presentano una compromissione dell'autosufficienza parziale o totale. Offrono interventi sociosanitari di supporto all'anziano, alla sua famiglia o al suo contesto sociale quando le necessità assistenziali non sono risolvibili con il solo intervento dei servizi domiciliari, ma non determinano la richiesta di ricovero in una Residenza Sa-

nitaria Assistenziale per Anziani (RSA). Sono quindi strutture che garantiscono prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative), socioassistenziali (ad esempio, aiuto per la cura dell'igiene personale) e servizi di animazione (di gruppo o individuali) e di socializzazione (spettacoli, giochi, attività manuali e pratiche, letture ecc.) al fine di contenere il rallentamento psicofisico e la tendenza all'isolamento sociale e culturale.

Tra gli obiettivi vi è quello di garantire alle famiglie e al contesto socio-ambientale un sostegno alla persona anziana sola e contemporaneamente un sollievo diurno dall'onere dell'assistenza (Lazzarini e Santagati 2008).

Nel territorio della provincia di Pavia, nel 2014 erano presenti 27 CDI per un totale complessivo di 677 posti autorizzati (575 posti a contratto) (ASL Pavia 2015).

Disaggregando il dato per Piano di Zona (tabella 12), emerge che, in termini assoluti, l'offerta maggiore di CDI in provincia di Pavia si ha nel territorio di Pavia (5 strutture per 114 posti). Poi si trovano, a parità di numero di UdO (4), in ordine decrescente di numero di posti offerti, i Piani di Zona di Voghera, Broni,

Tabella 12. Offerta di strutture CDI nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori assoluti e percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	Popolazione totale residente	Valori assoluti		Valori percentuali	
		N. strutture CDI	N. posti a contratto nelle strutture CDI	N. strutture CDI nel PdZ *100 / N. strutture CDI tot	N. posti nelle strutture CDI nel PdZ *100 / N. posti nelle strutture CDI tot
Broni	40.716**	4	90	15%	15,6%
Casteggio	34.621	0	0	0%	0%
Certosa	74.594'	2	55	7%	9,6%
Corteolona	45.804	4	66	15%	11,5%
Garlasco	55.780'	4	65	15%	11,3%
Mortara	42.785'	3	45	11%	7,8%
Pavia	103.428'	5	114	18%	19,8%
Vigevano	83.298	1	40	4%	7%
Voghera	66.798**	4	100	15%	17,4%
Totale	547.824	27	575	100%	100%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: la popolazione residente si intende al 31 dicembre 2014, tranne nei seguenti casi: ' = dato al 1° gennaio 2014; ** = dato al 31 dicembre 2013.

Corteolona e Garlasco. Voghera, a parità di strutture, ha un'offerta di posti totali che si avvicina a quella di Pavia: la dimensione demografica è infatti superiore di 15.000 unità in media rispetto agli altri 3 Piani di Zona considerati.

Proseguendo in ordine decrescente di offerta troviamo i territori di Mortara (3 strutture, 45 posti), Certosa (2 strutture, 55 posti) e Vigevano (1 struttura con 40 posti). In termini di numero di strutture, il Piano di Zona di Mortara, quello meno popolato dei tre, offre di più; mentre Vigevano, il territorio più popolato, offre meno sia come strutture che come posti. Infine, Casteggio non offre alcun CDI sul proprio territorio.

Per operare un confronto dell'offerta di CDI esistente nei 9 Piani di Zona della provincia di Pavia è necessario prendere come riferimento il dato provinciale totale. In questo modo è possibile ricavare percentuali di offerta rispetto a tutto il territorio pavese.

Per fare ciò si considerano per ogni Piano di Zona le variabili precedentemente utilizzate, ovvero il numero delle strutture CDI e il numero dei posti disponibili in esse, rapportandole al dato provinciale. Infine si ricava il valore percentuale.

In termini percentuali (tabella 12), Pavia offre il 18% di strutture e il 19,8% di posti della provincia; Voghera, Broni, Corteolona e Garlasco offrono tutti il 15% di strutture, mentre in termini di posti offrono rispettivamente il 17,4%, il 15,6%, l'11,5% e l'11,3%. Infine, Mortara offre l'11% delle strutture e il 7,8% dei posti; Certosa il 7% delle strutture e il 9,6% dei posti; Vigevano il 4% delle strutture e il 7% dei posti.

Tali risultati si traducono graficamente in un confronto visivo fra i 9 Piani di Zona. Il grafico 8 descrive tale posizionamento e permette alcune considerazioni qualitative. L'area del grafico è stata divisa in quattro quadranti (numerati in ordine orario) sulla base dei valori medi delle due variabili considerate per l'analisi.

Il primo aspetto da commentare è che i 9 Piani di Zona si posizionano su tre diversi quadranti: Pavia, Voghera e Broni nel quadrante 1; Certosa, Vigevano e Casteggio nel 3; Mortara, Garlasco e Corteolona nel 4.

Il quadrante 1 è caratterizzato da un numero di strutture elevato e da un altrettanto elevato numero di posti disponibili: qui si collocano quindi i Piani di Zona che hanno sul proprio territorio una prevalenza di tante UdO con tanti posti disponibili, ovvero strutture di grandi dimensioni (offerta 'strutturata'). Il Piano di Zona che ha l'offerta di CDI maggiore della provincia è Pavia, sia in termini di strutture sia di posti.

Voghera e Broni si posizionano vicine: a parità di strutture offerte (4 UdO, ovvero il 15% della provincia), Voghera offre più posti rispetto a Broni (10 in più). Anche Corteolona e Garlasco hanno strutture pari a Voghera e Broni (si collocano infatti sulla stessa riga nel grafico 8), offrendo però un numero di posti

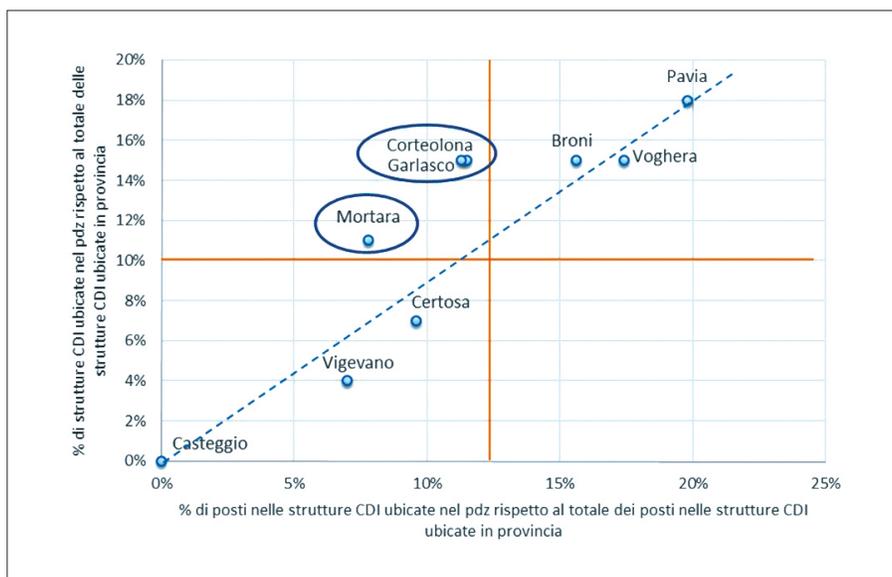


Grafico 8. Offerta di strutture CDI: confronto fra i Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

inferiore (65-66 rispetto ai 90-100 di Broni e Voghera); a livello di posizionamento grafico rientrano nel quadrante 4, che caratterizza un'offerta 'sparsa' sul territorio, ovvero la prevalenza di tante strutture di piccole dimensioni. Così come Mortara (3 strutture per 45 posti, 11% di UdO e 7,8% di posti della provincia).

Il quadrante 3 è caratterizzato da un numero esiguo di strutture e un altrettanto numero esiguo di posti disponibili: qui si collocano i Piani di Zona (Certosa, Vigevano) che offrono sul proprio territorio poche UdO con pochi posti disponibili, ovvero che dispongono di poche strutture di piccole dimensioni (offerta 'contenuta'). Casteggio si posiziona sul punto zero, non offrendo CDI sul proprio territorio.

Un'offerta contenuta (quadrante 3) non è sinonimo di inadeguatezza, così come un'offerta strutturata (quadrante 1) non è sinonimo di adeguatezza: l'offerta migliore è quella che in termini quantitativi più si adatta alla domanda del territorio per lo specifico servizio, senza lasciare numerosi posti vacanti (eccesso di offerta rispetto alla domanda) o esagerate liste di attesa (carenza di offerta rispetto alla domanda), aspetto che sarà analizzato nel capitolo 5. Una valutazione completa dell'offerta di un servizio non può prescindere naturalmente da altri

fattori importanti quali la qualità; in questa sede l'analisi è però limitata alla dimensione quantitativa.

Infine, si osserva (grafico 8) che quasi tutti i Piani di Zona (esclusi Corteolona, Mortara e Garlasco) si collocano in prossimità di una linea di corrispondenza fra le percentuali di offerta di strutture CDI e di posti disponibili.

3.4.2. Matrice di posizionamento

Per arrivare a definire una matrice di posizionamento complessiva dell'offerta per le persone anziane, consideriamo il numero complessivo di UdO, RSA e CDI e i posti disponibili in esse (tabella 13).

Per operare un confronto dell'offerta di strutture per anziani (RSA e CDI) esistente nei 9 Piani di Zona della provincia di Pavia, è necessario prendere come riferimento il dato provinciale totale. In questo modo è possibile ricavare percentuali di offerta rispetto a tutto il territorio pavese.

Per fare ciò si considerano per ogni Piano di Zona le variabili precedentemente utilizzate, ovvero il numero delle strutture RSA e CDI e il numero dei posti

Tabella 13. Offerta di strutture per anziani (RSA e CDI) nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori assoluti e percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	Popolazione totale residente	Valori assoluti		Valori percentuali	
		N. strutture RSA e CDI	N. posti a contratto nelle strutture RSA e CDI	N. strutture RSA e CDI nel PdZ *100 / N. strutture RSA e CDI tot	N. posti nelle strutture RSA e CDI nel PdZ *100 / N. posti nelle strutture RSA e CDI tot
Broni	40.716**	10	609	9,7%	10%
Casteggio	34.621	4	207	3,9%	3,50%
Certosa	74.594*	8	569	7,8%	10%
Corteolona	45.804	7	324	6,8%	5%
Garlasco	55.780*	24	1.281	23,3%	22%
Mortara	42.785*	15	870	14,5%	15%
Pavia	103.428*	7	472	6,8%	8%
Vigevano	83.298	6	459	5,8%	8%
Voghera	66.798**	22	1.076	21,4%	18%
Totale	547.824	103	5.867	100%	100%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: la popolazione residente si intende al 31 dicembre 2014, tranne nei seguenti casi: * = dato al 1° gennaio 2014; ** = dato al 31 dicembre 2013.

disponibili in esse, rapportandole al dato provinciale. Infine si ricava il valore percentuale.

I risultati di tabella 13 si possono tradurre in un confronto visivo fra i 9 Piani di Zona. Il grafico 9 descrive tale posizionamento e permette alcune considerazioni qualitative. L'area del grafico è stata divisa in quattro quadranti (numerati in ordine orario) sulla base dei valori medi delle due variabili considerate per l'analisi.

Si osserva che i Piani di Zona si posizionano tutti nei quadranti 1 e 3: nel quadrante 1, quello che descrive un'offerta 'strutturata' (prevalenza di tante strutture di grandi dimensioni), si posizionano Garlasco, Voghera e Mortara; nel quadrante 3, quello che descrive un'offerta 'contenuta' (prevalenza di poche strutture di piccole dimensioni), si collocano Broni, Certosa, Pavia, Vigevano, Corteolona e Casteggio.

Come si può vedere confrontando i grafici 9 e 7, si nota che il posizionamento dei Piani di Zona in merito all'offerta per gli anziani ricalca quello specifico delle RSA. Questo accade perché naturalmente le RSA costituiscono la quota maggiore dell'offerta per la popolazione anziana.

I quadranti 2 e 4 sono di fatto vuoti e rappresentano due tipologie di offerta molto ben strutturate e differenziate.

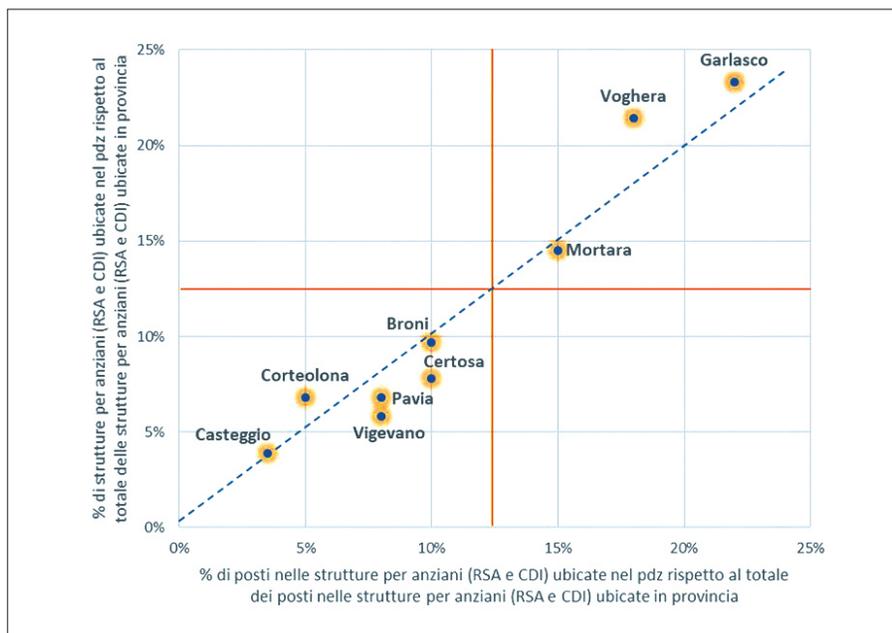


Grafico 9. Offerta di strutture per anziani (RSA e CDI): matrice di posizionamento quantitativa dei Piani di Zona della provincia di Pavia, 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Il quadrante 2 descrive il caso di un territorio con prevalenza di poche strutture di grandi dimensioni (offerta 'concentrata'), tipico del settore pubblico molto attento ai vincoli di bilancio, che quindi tende a concentrare il servizio contenendo i costi fissi (risorse strutturali, ecc.) e variabili (risorse umane, ecc.).

Il quadrante 4 è il caso dell'offerta 'sparsa' sul territorio, ovvero la situazione in cui prevalgono tante strutture di piccole dimensioni che erogano il servizio.

Infine, si nota (grafico 9, linea blu tratteggiata) che esiste una corrispondenza diretta fra offerta di strutture per anziani e offerta di posti: la maggioranza dei Piani di Zona si colloca sulla linea blu o in prossimità di essa, ovvero offre le stesse percentuali di strutture e di posti rispetto al territorio provinciale.

Concludendo, i Piani di Zona della provincia di Pavia tendono a differenziarsi per un'offerta di strutture per persone anziane caratterizzata soprattutto dal parametro 'grandezza' (offerta strutturata/contenuta) e poco dal parametro 'distribuzione' (offerta concentrata/sparsa).

Importante infine sottolineare che un'offerta contenuta (quella tipica del quadrante 3) non è sinonimo di inadeguatezza, così come un'offerta strutturata (quadrante 1) non è sinonimo di adeguatezza: l'offerta migliore è quella che in termini quantitativi più si adatta alla domanda del territorio per lo specifico servizio, senza lasciare numerosi posti vacanti (eccesso di offerta rispetto alla domanda) o esagerate liste di attesa (carenza di offerta rispetto alla domanda), aspetto che sarà analizzato nel capitolo 5. Una valutazione completa dell'offerta di un servizio non può prescindere naturalmente da altri fattori importanti quali la qualità; in questa sede l'analisi è però limitata alla dimensione quantitativa.

3.5. CONCLUSIONI

Riassumendo in termini qualitativi quanto finora osservato (tabella 14), si evidenzia una quasi totale prevalenza delle tipologie di offerta 'strutturata' e 'contenuta': solo per la prima infanzia esiste un Piano di Zona con offerta sparsa; solo per l'area Dipendenze esistono Piani di Zona con offerta concentrata. Ciò conferma quanto già ampiamente detto, ovvero che nel territorio pavese l'offerta di servizi sociali e sociosanitari tende a distinguersi soprattutto per dimensione (quadranti 1 e 3) e poco per distribuzione (quadranti 2 e 4).

Ciò è confermato anche da un tendenziale allineamento dei Piani di Zona nel rapporto fra strutture e posti disponibili, particolarmente evidente per l'offerta per la prima infanzia (grafico 1), per l'offerta per persone disabili (grafico 5), per l'offerta per persone anziane (grafico 9). L'offerta di servizi sociali e sociosanitari in provincia di Pavia tende a differenziarsi nei 9 Piani di Zona soprattutto in termini

Tabella 14. Matrice complessiva qualitativa dell'offerta per la prima infanzia, per le persone disabili, per le persone con dipendenze, per le persone anziane nei Piani di Zona della provincia di Pavia, 2014.

	Quadrante 1 <i>Offerta strutturata</i>	Quadrante 2 <i>Offerta concentrata</i>	Quadrante 3 <i>Offerta contenuta</i>	Quadrante 4 <i>Offerta sparsa</i>
<i>Prima infanzia</i>	Pavia, Vigevano		Corteolona, Voghera, Broni, Garlasco, Mortara, Casteggio	Certosa
<i>Disabili</i>	Pavia, Voghera		Vigevano, Broni, Mortara, Garlasco, Corteolona, Casteggio, Certosa	
<i>Dipendenze</i>	Pavia	Corteolona, Certosa	Voghera, Mortara, Garlasco, Vigevano, Broni, Casteggio	
<i>Anziani</i>	Garlasco, Voghera, Mortara		Broni, Certosa, Pavia, Corteolona, Vigevano, Casteggio	

Fonte: nostre elaborazioni in base alla figura 1 e ai grafici 1, 5, 6 e 9.

dimensionali (offerta strutturata/offerta contenuta); non solo, dall'analisi quantitativa emerge che la maggioranza dei Piani di Zona, sia che abbiano un'offerta grande o piccola, tendono ad avere lo stesso rapporto posti/strutture, che si ipotizza quindi essere il valore migliore per il servizio considerato. Quindi non solo la maggioranza dei territori si colloca nei quadranti 1 e 3, ma all'interno di tali quadranti sceglie una precisa posizione che ricalca il rapporto ideale posti/strutture.

Inoltre, osserviamo (tabella 14) che nel quadrante 1 (offerta strutturata) Pavia è sempre presente, eccetto il caso dell'offerta per le persone anziane (per il quale appare fra i territori con offerta più bassa).

Sul lato invece dell'offerta contenuta (quadrante 3) si registra la presenza costante di Casteggio per tutte le quattro categorie esaminate. Una spiegazione può essere la dimensione demografica: il Piano di Zona di Casteggio è quello meno popoloso della provincia di Pavia.

Complessivamente, si osserva che il Distretto Pavese (Pavia, Certosa, Corteolona) si distingue per un'offerta consistente di servizi per prima infanzia e dipendenze; il Distretto Oltrepò (Voghera, Broni, Casteggio) per offerta consistente per disabili e anziani; il Distretto Lomellina (Vigevano, Garlasco, Mortara) per un'offerta consistente di servizi per anziani.

Traducendo la tabella 14 a livello grafico si osserva che (figure 2, 3 e 4: i numeri da 1 a 4 rappresentano le quattro tipologie diverse di offerta: 1 = strutturata, 2 = concentrata, 3 = contenuta, 4 = sparsa):

- Nel Distretto Pavese (figura 2), Pavia si distingue per un'offerta tipicamente strutturata, ovvero prevalgono molte strutture di grandi dimensioni (3 categorie di bisogno sulle 4 esaminate - prima infanzia, disabili, dipendenze, anziani); Certosa ha offerta variegata fra le tipologie contenuta (2 categorie di bisogno), concentrata (1) e sparsa (1); nel piano di zona di Corteolona prevale un'offerta contenuta (3 categorie di bisogno sulle 4 esaminate).
- Nel Distretto Oltrepò (figura 3), Voghera ha parimenti offerta di tipo strutturato (2 categorie di bisogno fra le 4 esaminate) e contenuto (2); Casteggio e Broni hanno entrambi offerta totalmente di tipo contenuto (4 categorie su 4).
- Nel Distretto Lomellina (figura 4), tutti e tre i Piani di Zona di Vigevano, Garlasco e Mortara hanno prevalentemente offerta di tipo contenuto (3 categorie di bisogno fra le 4 esaminate) con distribuzione diversa: Vigevano ha offerta contenuta per tutte le categorie tranne che per la prima infanzia (strutturata); Garlasco e Mortara si equivalgono, avendo offerta contenuta per tutte le categorie tranne che per gli Anziani (strutturata).

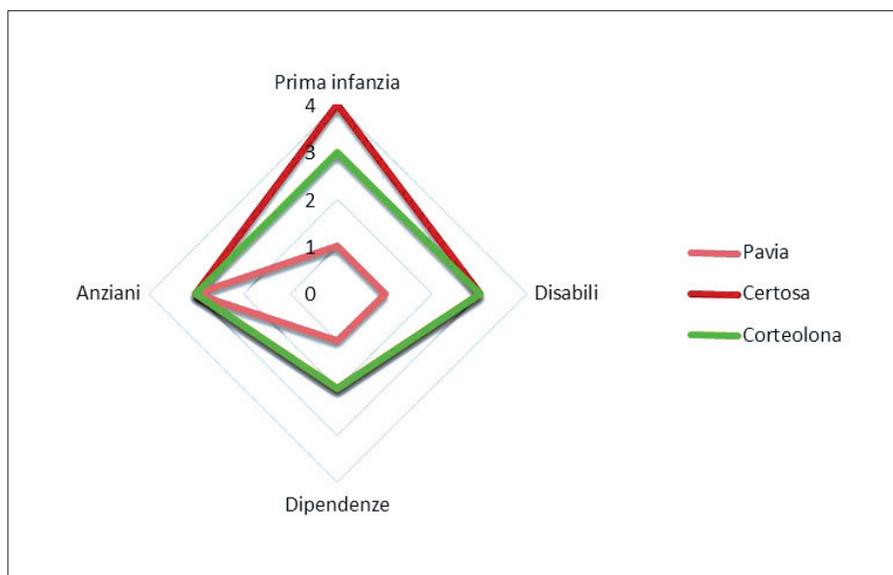


Figura 2. Distribuzione del tipo di offerta per la prima infanzia, per le persone disabili, per le persone con dipendenze, per le persone anziane nei Piani di Zona del Distretto Pavese, anno 2014.

Fonte: nostre elaborazioni in base alla tabella 14.

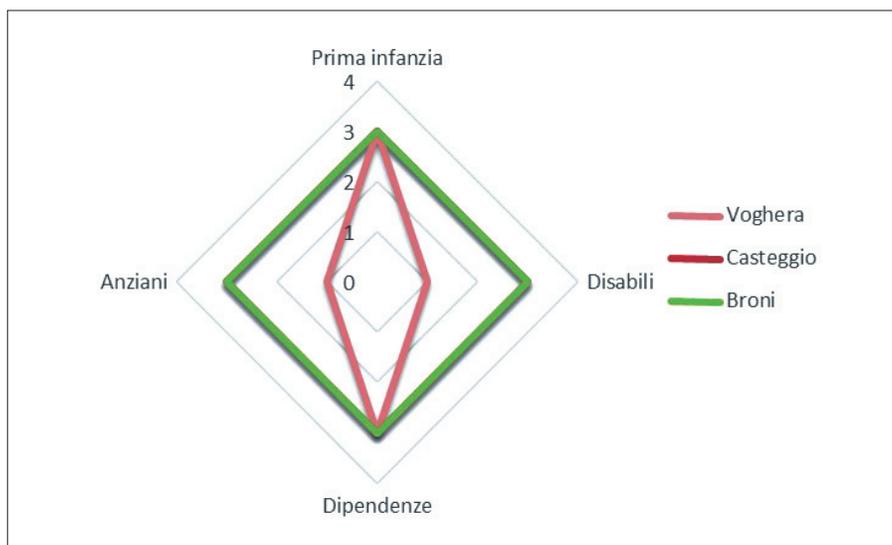


Figura 3. Distribuzione del tipo di offerta per la prima infanzia, per le persone disabili, per le persone con dipendenze, per le persone anziane nei Piani di Zona del Distretto Oltrepò, anno 2014.

Fonte: nostre elaborazioni in base alla tabella 14.

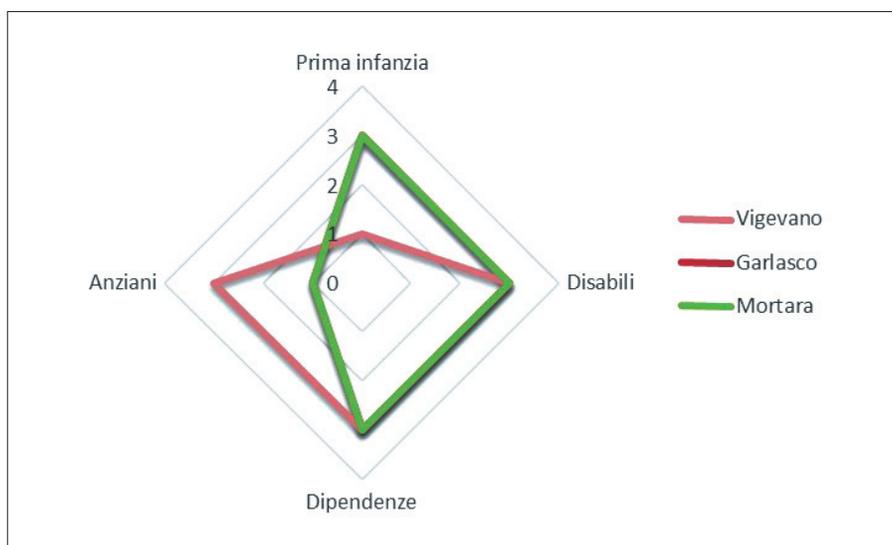


Figura 4. Distribuzione del tipo di offerta per la prima infanzia, per le persone disabili, per le persone con dipendenze, per le persone anziane nei Piani di Zona del Distretto Lomellina, anno 2014.

Fonte: nostre elaborazioni in base alla tabella 14.

Complessivamente, quindi, il Piano di Zona con offerta più strutturata è quello di Pavia; quelli con offerta più contenuta sono quelli di Broni e Casteggio; mentre Certosa e Corteolona sono quelli relativamente con offerta più concentrata e sparsa. A livello distrettuale si osserva che i Distretti Oltrepò e Lomellina si caratterizzano per un'offerta contenuta e strutturata (le altre due tipologie – concentrata e sparsa – non emergono). Il Distretto Pavese invece è più variegato, in quanto comprende tutte le quattro tipologie di offerta possibili.

Riassumendo i dati percentuali di offerta di strutture (tabella 15) e posti disponibili (tabella 16), si ricavano le percentuali medie di offerta di strutture e posti complessivi nei Piani di Zona rispetto alla provincia di Pavia. In merito all'offerta di strutture si osserva (tabella 15) che il Piano di Zona con offerta maggiore è Pavia (24,25%), seguita da Voghera (17,65%). In termini di posti disponibili (tabella 16) chi offre di più è sempre Pavia (22,30%), seguita da Voghera (16,08%).

Con tali dati si costruisce la matrice che raffigura l'offerta complessiva nei Piani di Zona (grafico 10). L'area del grafico è stata divisa in quattro quadranti

Tabella 15. Offerta di strutture per la prima infanzia, per le persone disabili, per le persone con dipendenze, per le persone anziane nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	N. strutture prima infanzia nel PdZ *100 / N. strutture prima infanzia tot	N. strutture RSD, CDD, CSS nel PdZ *100 / N. strutture RSD, CDD, CSS tot	N. Comunità per le dipendenze nel PdZ *100 / N. Comunità per le dipendenze tot	N. strutture RSA e CDI nel PdZ *100 / N. strutture RSA e CDI tot	% media di offerta di strutture per prima infanzia, disabili, dipendenze e anziani nel PdZ rispetto alla provincia
Broni	7,80%	13,90%	0,00%	9,70%	7,85%
Casteggio	3,10%	2,80%	0,00%	3,90%	2,45%
Certosa	15,50%	2,80%	11,80%	7,80%	9,48%
Corteolona	9,30%	5,50%	17,60%	6,80%	9,80%
Garlasco	6,20%	5,50%	5,90%	23,30%	10,23%
Mortara	3,90%	5,50%	5,90%	14,50%	7,45%
Pavia	27,10%	27,80%	35,30%	6,80%	24,25%
Vigevano	17,80%	13,90%	5,90%	5,80%	10,85%
Voghera	9,30%	22,30%	17,60%	21,40%	17,65%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: nostre elaborazioni in base alle tabelle 4, 8, 10, 13.

Tabella 16. Offerta di posti nelle strutture per la prima infanzia, per le persone disabili, per le persone con dipendenze, per le persone anziane nei Piani di Zona della provincia di Pavia. Valori percentuali rispetto al totale provinciale, anno 2014.

Piano di Zona	N. posti nelle strutture prima infanzia nel PdZ *100 / N. posti nelle strutture prima infanzia tot	N. posti nelle strutture RSD, CDD, CSS nel PdZ *100 / N. posti nelle strutture RSD, CDD, CSS tot	N. posti letto nelle Comunità per le dipendenze nel PdZ *100 / N. posti letto nelle Comunità per le dipendenze tot	N. posti nelle strutture RSA e CDI nel PdZ *100 / N. posti nelle strutture RSA e CDI tot	% media di offerta di posti nelle strutture per prima infanzia, disabili, dipendenze e anziani nel PdZ rispetto alla provincia
Broni	6,20%	10,90%	0,00%	10,00%	6,78%
Casteggio	1,80%	4,90%	0,00%	3,50%	2,55%
Certosa	15,60%	4,10%	15,40%	10,00%	11,28%
Corteolona	4,70%	5,40%	26,20%	5,00%	10,33%
Garlasco	6,50%	5,60%	4,20%	22,00%	9,58%
Mortara	4,70%	6,50%	14,80%	15,00%	10,25%
Pavia	30,40%	25,80%	25,00%	8,00%	22,30%
Vigevano	20,60%	12,00%	2,40%	8,00%	10,75%
Voghera	9,50%	24,80%	12,00%	18,00%	16,08%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: nostre elaborazioni in base alle tabelle 4, 8, 10, 13.

(numerati in ordine orario) sulla base dei valori medi delle due variabili considerate per l'analisi.

Nel quadrante 1, caratterizzato da offerta 'strutturata' (prevalenza di molte strutture di grandi dimensioni), si posizionano i Piani di Zona di Pavia e, a una certa distanza, Voghera. Tutti gli altri territori si collocano nel quadrante 3, che definisce una offerta 'contenuta' (prevalenza di poche strutture di piccole dimensioni). Fra questi ultimi Casteggio si distingue per una posizione nettamente diversa rispetto agli altri (un'offerta quantitativamente molto inferiore).

Tutti i Piani di Zona si collocano quindi nei quadranti 1 e 3, che indicano rispettivamente una offerta di tipo 'strutturato' e 'contenuto'. Ciò conferma quanto già detto, ovvero che i Piani di Zona tendono, anche a livello complessivo (considerando l'offerta per tutte le quattro categorie di bisogno esaminate), a distinguere la propria offerta prevalentemente seguendo il parametro 'grandezza' (offerta strutturata/contenuta) e poco il parametro 'distribuzione' (offerta concentrata/sparsa).

Osserviamo inoltre (grafico 10) che l'offerta più strutturata è data dai Piani di Zona fra i più popolosi (Pavia e Voghera; Vigevano e Certosa sono nella parte

- ASL Pavia (2015), *Analisi descrittiva del contesto epidemiologico e della rete delle Udo territoriali*, «Piano di Zona del Distretto di Casteggio per il triennio 2015-2017», Piano di Zona del Distretto di Casteggio, Casteggio.
- Comune di Pavia (2014), Assessorato istruzione e politiche giovanili, «Tavolo permanente prevenzione dipendenze: una rete educativa per fare prevenzione», Pavia.
- Cordoni C. (2015), *Analisi dei servizi prima infanzia nel Distretto Pavese*, in *Welfare locale tra continuità e innovazione. I servizi prima infanzia in provincia di Pavia*, a cura di Previtali P., P. Favini, Pavia, Pavia University Press, p. 59.
- Del Boca D., M. Locatelli, D. Vuri (2005), *Child-care choices by working mothers: The case of Italy*, «Review of Economics of the Household», 3/4, pp. 453-477.
- Donini M.C., P. Nasoni (2010), *Il passaggio dal nido alla scuola dell'infanzia. Bambini, genitori e istituzioni nell'ottica di un'esperienza di continuità*, «Infanzia», 3, pp. 178-186.
- Falbo M. (2005), *L'innovazione del welfare locale: il Piano sociosanitario di Zona*, Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di studi politici e sociali.
- Folgheraiter F. (2006), *La cura delle reti: nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)*, Trento, Erickson.
- Ghetti V. (2013), *Prima infanzia: inizia la battuta d'arresto dei servizi pubblici*, «Lombardia Sociale», novembre 2013, URL: <<http://www.lombardiasociale.it/2013/11/12/prima-infanzia-inizia-la-battuta-darresto-dei-servizi-pubblici/>> [data di accesso: 28/10/2015].
- Giunco F. (2014), *Residenzialità leggera e RSA/RSD aperte: possibili opportunità e insidie da evitare*, «Lombardia Sociale», gennaio 2014, URL: <<http://www.lombardiasociale.it/2014/01/13/residenzialita-leggera-e-rsarsd-aperte-possibili-opportunita-e-insidie-da-evitare/>> [data di accesso: 17/11/2015].
- Guelfi G.P. (2012), *Comunità terapeutica: nuove sfide per il rinnovamento nella continuità*, in *La comunità terapeutica nella società delle dipendenze*, a cura di Palumbo M., M. Dondi, C. Torrigiani, Trento, Erickson, pp. 133-148.
- Irecoop Lombardia (2000), *Manuale Agecoop: per la qualità del servizio nelle strutture residenziali per anziani*, Milano, Franco Angeli.
- Iurlaro F. (2010), *Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani: organizzare, gestire e valorizzare il lavoro sociosanitario*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Lazzarini G., M. Santagati (2008), *Anziani, famiglie e assistenti: sviluppi del welfare locale tra invecchiamento e immigrazione*, Milano, Franco Angeli.
- Pagano M. (2011), *Le sezioni primavera a Milano*, «Bambini», 6/giugno, pp. 32-35.
- Piani di zona di Broni, Casteggio, Certosa, Corteolona, Garlasco, Mortara, Pavia, Vigevano e Voghera (2015), Documenti di Piano della Triennalità 2015-2017.

- Previtali P. (2015), *La programmazione zonale: innovazione e integrazione*, in *Welfare locale tra continuità e innovazione. I servizi prima infanzia in provincia di Pavia*, a cura di Previtali P., P. Favini, Pavia, Pavia University Press, p. 182.
- Regione Lombardia (2005a), «Definizione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi di autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per la prima infanzia», d.g.r. 11 febbraio 2005, n. VII/20588.
- Regione Lombardia (2005b), «Definizione dei criteri per l'accreditamento dei servizi sociali per la prima infanzia, dei servizi sociali di accoglienza residenziale per minori e dei servizi sociali per persone disabili», d.g.r. 16 febbraio 2005, n. VII/20943.
- Regione Lombardia (2010a), «Acquisto da parte del sistema pubblico di posti già autorizzati nelle unità d'offerta socio educative per la prima infanzia del sistema privato», d.g.r. 3 febbraio 2010, n. VIII/11152.
- Regione Lombardia (2014a), «Piano territoriale di conciliazione famiglia-lavoro per la provincia di Pavia», 30 giugno 2014.
- Regione Lombardia (2014b), «Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 20152017», d.g.r. 19 dicembre 2014, n. X/2941.
- Salvati E. (2015), *Analisi dei servizi prima infanzia nel Distretto Lomellina*, in *Welfare locale tra continuità e innovazione. I servizi prima infanzia in provincia di Pavia*, a cura di Previtali P., P. Favini, Pavia, Pavia University Press, p. 164.
- SESCA, Asl Pavia (2013), *Sviluppo del Welfare territoriale e Piani di Zona della Provincia di Pavia - Relazione conclusiva*.
- Taccani P., S. Tramma, A. Barbieri Dotti (1997), *Gli anziani nelle strutture residenziali*, Roma, Carocci.
- Zaninelli F.L. (2010), *Bambini tra servizi educativi: la continuità educativa zero sei*, in Zaninelli F.L., *Pedagogia e infanzia. Questioni educative nei servizi*, Milano, Franco Angeli, pp. 47-72.

Capitolo 4

GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE DEI NOVE PIANI DI ZONA DELLA PROVINCIA DI PAVIA. UN'ANALISI COMPARATA

Eugenio Salvati (Università di Pavia)

Per comprendere appieno le modalità di programmazione ed erogazione dei servizi di welfare locale è necessario soffermarsi anche sulle modalità organizzative del governo locale e sul suo funzionamento (Spalla 2012), studiandone il ruolo sia di programmatore che di erogatore di servizi. La rete dei servizi di welfare si innesta nella rete organizzativa delle istituzioni locali, definendo così un intreccio complesso che delinea – di fatto – il modello di governance territoriale dei servizi. Lo studio di tale rete diventa ancora più rilevante dato che è tramite il Piano di Zona che avviene la programmazione delle politiche sociali del territorio; sono i Piani a sviluppare in senso partecipato, integrato e coordinato tale programmazione, coinvolgendo tutti gli attori del territorio che hanno un ruolo nel welfare locale (Folgheraiter 2006; Montanelli, Tur-rini 2006).

Il concetto di governance è emerso in modo preponderante nel corso degli ultimi decenni a causa di trasformazioni politiche e istituzionali legate a fenomeni macro, come ad esempio la globalizzazione o il rafforzamento di attori sovranazionali quali l'unione Europea, che hanno sfidato i modelli e le procedure del governare, mettendo in crisi gli assetti politico-istituzionali dello Stato-nazione. Uno degli inquadramenti sistemici più interessanti del concetto è stato fornito da Rhodes (Rhodes 1996, p. 660), il quale ha individuato quattro elementi peculiari della governance che la distinguono dal classico concetto di *government*:

1. interdipendenza tra le organizzazioni, sia pubbliche che private;
2. interazione continua tra i componenti di questo network;
3. interazione sistemica;
4. grande autonomia dalle strutture statali.

La letteratura sul concetto di governance, data la salienza del tema, si presenta perciò sterminata,¹ e non è questo il luogo per procedere a una sua rassegna critica e approfondita, ma per inserire nel nostro microcontesto tale concetto, credo possa essere utile prendere come riferimento, oltre agli elementi costitutivi individuati da Rhodes, anche la definizione di governance data da Piselli, che definisce questo processo come l'emersione di «forme di governo che enfatizzano la diffusione e dispersione dell'autorità politica lungo una pluralità di percorsi verticali e orizzontali che non hanno più lo stato come epicentro politico; riflette la realtà di un ordine complesso formato da relazioni e interconnessioni che si strutturano attraverso e all'interno di diversi livelli di *government*: locale, regionale, nazionale e sovranazionale. Coinvolge una pluralità di attori, individuali e collettivi, esterni ai luoghi della politica formale» (Piselli 2005, p. 456).

Da questa definizione possiamo comprendere la complessità del tema e come questo nuovo modello organizzativo e di produzione politica abbia trovato ampio spazio in Italia, in particolare per ciò che concerne il ruolo del governo locale e delle strutture di governance locale, oltre ovviamente al processo di integrazione europea, che esercita influenze anche sui modelli di decentralizzazione e diffusione del potere a livello periferico (Hooghe, Marks 2001).

Ecco perché in questo studio cercherò di fornire un'analisi il più esaustiva possibile della struttura e dei rapporti di governance all'interno del territorio della provincia di Pavia, analizzando come diversi attori e assetti istituzionali interagiscono tra loro nel creare quella fitta rete che delinea la governance locale e il rapporto tra istituzioni e società (Kooyman 2003).

Nel corso di questo capitolo cercherò di approfondire gli aspetti inerenti alla morfologia territoriale e alla popolazione dei nove Piani di Zona, la loro struttura organizzativa e di governance e gli assetti istituzionali presenti sul territorio. L'incrocio di queste diverse variabili ci permetterà di addivenire a una tassonomia dei diversi Piani di Zona che ci consenta di categorizzare i diversi Ambiti, tenendo conto delle variabili peculiari precedentemente elencate. In questo modo potremo procedere a una comparazione serrata dei diversi Piani e gettare le basi per costruire un modello interpretativo – auspicabilmente – generalizzabile alle altre esperienze degli Ambiti presenti in Italia.

¹ Sul dibattito relativo al tema rimando ad alcuni contributi che ho utilizzato per questo lavoro e che rappresentano, ovviamente, una piccolissima parte dell'ampia letteratura inerente al tema. Si vedano tra gli altri Hollingsworth, Schmitter, Streeck (1994), Lowndes, Skelcher (1998), Stoker (1998), Hirst (2000), Brenner (2005), Della Sala, Ruzza (2007).

4.1. MORFOLOGIA DEL TERRITORIO E POPOLAZIONE

Il territorio, le sue caratteristiche e la distribuzione della popolazione residente sono variabili centrali nella definizione delle politiche di welfare locale. Creare una densa rete di servizi significa non solo offrire dei servizi in spazi urbani ben definiti e strutturati, ma anche riuscire a raggiungere quei settori della cittadinanza che risiedono in Comuni di piccole dimensioni e/o situati in zone morfologicamente impervie.

Il territorio della Provincia di Pavia è estremamente particolare perché somma a una diffusa parcellizzazione amministrativa una morfologia territoriale mista che alterna la pianura alla collina e alla montagna. La provincia è così suddivisa in tre grandi aree geografiche che compongono i tre Distretti sociosanitari della provincia e che si differenziano per la densità della popolazione e per le caratteristiche morfologiche. La Provincia di Pavia ha una struttura amministrativa altamente frammentata, essendo composta di 188 Comuni che si estendono su una superficie totale pari a 2.968,64 km², caratterizzata da grandi diversità dal punto di vista morfologico. Sul totale dei Comuni della Provincia, 139 sono di pianura e occupano una superficie pari a 2.201,22 km²; 41 sono Comuni di collina, con una superficie complessiva di 479,17 km²; e 9 sono di montagna, per una estensione di 288,25 km². La densità abitativa è di 184,80 abitanti/km². Le tre aree a cui facciamo riferimento in questo scritto sono il Pavese, l'Oltrepò e la Lomellina.

4.1.1. Distretto Pavese

Il Distretto del Pavese si colloca nel territorio nord-orientale della provincia di Pavia ed è composto da tre Ambiti territoriali: Certosa, con Ente capofila Siziano, Corteolona, con Ente capofila Belgioioso, Pavia, con Ente capofila Pavia. Certosa, con una popolazione residente composta da 74.594 unità, rappresenta il 33,3% della popolazione del Distretto; Corteolona, con 45.850 abitanti, il 20,4% della popolazione del Distretto; Pavia, con una popolazione residente composta da 103.769 unità, rappresenta invece il 46,3% del Distretto. Rispetto al totale del Distretto, la città di Pavia con i suoi 71.297 abitanti ha il 31,8% dell'intera popolazione dell'Ambito.

Il Distretto Pavese, con i suoi 224.167 cittadini residenti, è l'area più popolosa della provincia di Pavia e nel corso del periodo 2002-2014 ha conosciuto un incremento della popolazione residente nel Distretto del 19,5%.

L'Ambito di Certosa di Pavia, situato al confine sud della cintura milanese, è formato da 24 Comuni. L'estensione territoriale del Distretto è di 248,58 km² e rappresenta circa l'8,3% della Provincia di Pavia. I residenti nel Distretto, a giugno 2015, sono 75.264; la densità abitativa supera i 302 abitanti/km², nettamente superiore alla media provinciale.

Tutti i Comuni sono classificati, in base alla zona altimetrica, come Comuni di Pianura. Si tratta per la maggior parte di piccoli Comuni (media abitanti 3.136); il Comune più popoloso è Casorate Primo, con 8.624 abitanti al giugno 2015. Nell'Ambito, oltre a Casorate Primo, risultano solo 5 Comuni al di sopra dei 5.000 abitanti. Sono 15 i Comuni con popolazione inferiore ai 3.000 abitanti, di cui 3 sotto i 1.000. La media è di 3.108 abitanti per Comune. L'Ambito di Certosa ha registrato negli ultimi anni un costante e progressivo incremento demografico, che però ha visto un rallentamento nell'ultimo biennio.

Tabella 1. Popolazione residente Ambito di Certosa divisa a seconda della popolosità dei Comuni.

Minore di 1.000	Tra 1.001 e 3.000	Tra 3.001 e 5.000	Tra 5.001 e 15.000	Superiore a 15.001	Tot. popolazione residente nell'Ambito
3	12	2	6	0	74.594

Fonte: dati ISTAT elaborati dall'autore.

L'Ambito territoriale di Corteolona è costituito da 25 Comuni localizzati nella zona est della provincia di Pavia, confinante a nord-est con le province di Milano e Lodi, a sud con l'Oltrepò Pavese e la provincia di Piacenza, a ovest con il Comune di Pavia.

L'estensione territoriale dell'Ambito è di circa 300 km² e rappresenta il 10% della Provincia di Pavia, mentre i residenti nel Distretto sono 45.804; la densità abitativa è di 152,68 abitanti/km².

Fatta eccezione per le colline di Miradolo Terme, il territorio dell'Ambito di Corteolona, denominato 'Basso Pavese' è essenzialmente pianeggiante ed è attraversato da importanti corsi d'acqua: il Lambro, l'Olona e in particolare il Po, che costituisce il confine naturale con l'Oltrepò Pavese e la Regione Emilia Romagna. I 25 Comuni del territorio hanno tutti piccole, se non piccolissime, dimensioni: si consideri che ben 5 Comuni hanno una popolazione inferiore a 500 abitanti e che solo 2 Comuni contano più di 4.000 residenti. Dal punto di vista geografico l'Ambito vede 24 Comuni situati in pianura e 1 in collina (Miradolo Terme). La media è di 1.832 abitanti per Comune.

Tabella 2. Popolazione residente Ambito di Corteolona divisa a seconda della popolosità dei Comuni.

Minore di 1.000	Tra 1.001 e 3.000	Tra 3.001 e 5.000	Tra 5.001 e 15.000	Superiore a 15.001	Tot. popolazione residente nell'Ambito
10	10	4	1	0	45.804

Fonte: dati ISTAT elaborati dall'autore.

L'Ambito di Pavia è costituito da 12 Comuni fra cui il Capoluogo di Provincia, che assume una posizione centrale sia in termine geografici che organizzativi. L'Ambito confina a nord e a nord-est con l'Ambito di Certosa, a est con l'Ambito di Corteolona, a sud con l'Ambito di Casteggio, a ovest con l'Ambito di Garlasco.

L'estensione territoriale del Distretto è di 247,80 km² e rappresenta circa l'8,3% della Provincia di Pavia. I residenti nel Distretto, a giugno 2015, sono 104.723, di cui 72.205 residenti a Pavia. La densità abitativa è di poco inferiore a 423 abitanti/km². Scorpendo il dato relativo al Capoluogo di Provincia si ottiene:

- Pavia, con 72.205 residenti su una superficie di 63,24 km², per una densità abitativa pari a poco meno di 1.142 abitanti/km²;
- restanti 11 Comuni dell'Ambito, con 32.518 residenti su una superficie pari a 184,56 km², per una densità abitativa di poco più di 176 abitanti/km², leggermente inferiore alla media provinciale.

Tutti i Comuni sono classificati, in base alla zona altimetrica, come Comuni di Pianura. Eccettuata Pavia, si tratta prevalentemente di Comuni di dimensioni medio-piccole: solo 2 hanno più di 6.000 abitanti, 3 hanno una popolazione compresa fra i 3.000 e i 5.000 residenti, 4 fra i 1.000 e i 3.000 residenti e 2 meno di 1.000 abitanti. La media è di 8.647 abitanti per Comune.

Tabella 3. Popolazione residente Ambito di Pavia divisa a seconda della popolosità dei Comuni.

Minore di 1.000	Tra 1.001 e 3.000	Tra 3.001 e 5.000	Tra 5.001 e 15.000	Superiore a 15.001	Tot. popolazione residente nell'Ambito
2	4	3	2	1	103.769

Fonte: dati ISTAT elaborati dall'autore.

4.1.2. Distretto Oltrepò

Il Distretto Oltrepò, formato tre Ambiti territoriali di Voghera (24 Comuni), Casteggio (28 Comuni) e Broni (26 Comuni), rappresenta l'area territoriale meridionale della provincia di Pavia con una superficie totale di 1.100 km². Il territorio è composto da tre zone geograficamente ben distinte: la pianura copre il 28%, la collina il 30%, la zona montuosa il restante 42%. Voghera (39.356 abitanti) è il capoluogo e ospita la direzione organizzativa dell'intero Distretto, oltre che essere Comune capofila del proprio Ambito territoriale. Nel Distretto Oltrepò risiedono 142.135 persone, ovvero il 25,3% della popolazione residente in tutta la provincia di Pavia. Questo dato, confrontato con il suo pregresso del 2002 (27,7%), conferma un trend moderatamente decrescente nell'ultimo decennio rispetto alla popolazione provinciale, anche se va sottolineato che in ter-

mini assoluti la popolazione residente in Oltrepò è persino aumentata (al 2002 i residenti erano 136.951). Il trend negativo è quindi da imputarsi nell'ultimo decennio a un aumento della popolazione residente nell'intera provincia di Pavia, più forte dell'aumento registrato in Oltrepò nello stesso arco temporale. Ciò trova spiegazione nel fenomeno di migrazione abitativa verso i centri urbani della pianura, per motivi di lavoro e di offerta di servizi. Il Distretto Oltrepò è proporzionalmente meno popolato rispetto ai Distretti Pavese e Lomellina, con una forte tendenza della popolazione a vivere nelle zone pianeggianti o nelle prime colline. La densità abitativa supera infatti i 300 abitanti per km² solo nelle aree urbane di Voghera, Casteggio, Broni e Stradella; le zone di montagna mediamente non superano i 36 abitanti per km². Si osserva nell'ultimo decennio un lieve spopolamento delle aree montane (soprattutto nell'Ambito territoriale di Voghera, l'unico ad avere trend demografico negativo) a favore delle zone di pianura fra l'Oltrepò e il Pavese.

Analizzando la distribuzione della popolazione del Distretto, possiamo notare come, tolte realtà quali Voghera, Broni, Stradella e Casteggio, il resto della popolazione sia dispersa in piccoli e piccolissimi Comuni distribuiti su un territorio che alterna pianura, collina e montagna. Considerando la popolazione che vive al di fuori di questi quattro Comuni, ossia 74.848 abitanti, possiamo vedere come la maggior parte della popolazione del Distretto risieda al di fuori dei centri urbani (il 52,6%) e si collochi nella zona collinare-montuosa, sottolineando quanto in questo territorio il modello di erogazione dei servizi e di governance sia influenzato dalla dimensione morfologica.

La popolazione complessiva del Distretto si suddivide così nei tre Ambiti: il Piano di Zona di Broni ha il 29,2% dell'intera popolazione del Distretto Oltrepò, il Piano di Zona di Casteggio il 24,8%, mentre quello di Voghera il 48%. La città di Voghera rappresenta il 27,7% della popolazione del Distretto.

Nel Piano di Zona di Broni risiedono 40.716 persone. Il territorio comprende 26 Comuni: Albaredo Arnaboldi, Arena Po, Bosnasco, Broni, Campospino, Canevino, Canneto Pavese, Castana, Cigognola, Golferenzo, Lirio, Montecalvo Versiggia, Montescano, Montù Beccaria, Pietra de' Giorgi, Portalbera, Redavalle, Rocca de' Giorgi, Rovescala, Ruino, San Cipriano Po, San Damiano al Colle, Santa Maria della Versa, Stradella, Volpara, Zenevredo. La media è di 1.454 abitanti per Comune. La città di Broni (9.417 abitanti) è il capofila e ospita la direzione organizzativa dell'intero Distretto, oltre che essere Comune capofila del proprio Ambito territoriale.

Il territorio dell'Ambito di Broni si trova nella zona est dell'Oltrepò Pavese, caratterizzato da una zona pianeggiante a nord che si dirama dai confini del Po, e una zona collinare-montagnosa a sud. Possiamo osservare come all'infuori dei

Comuni di Broni e di Stradella, tutti gli altri Comuni dell'Ambito abbiano una popolazione estremamente contenuta, collocandosi tutti al di sotto della soglia dei 3.000 abitanti. Dei 28 Comuni compresi nel Piano di Zona, ben 19 hanno una popolazione inferiore ai 1.000 abitanti.

Tabella 4. Popolazione residente Ambito di Broni divisa a seconda della popolosità dei Comuni.

Minore di 1.000	Tra 1.001 e 3.000	Tra 3.001 e 5.000	Tra 5.001 e 15.000	Superiore a 15.001	Tot. popolazione residente nell'Ambito
17	7	0	2	0	40.716

Fonte: dati ISTAT elaborati dall'autore.

Il Piano di Zona di Casteggio ha una popolazione residente di 34.621 persone. Il territorio comprende 28 Comuni: Barbianello, Bastida Pancarana, Borgoratto Mormorolo, Borgo Priolo, Bressana Bottarone, Calvignano, Casanova Lonati, Casatisma, Castelletto di Branduzzo, Casteggio, Corvino San Quirico, Cervesina, Fortunago, Lungavilla, Mezzanino, Montalto Pavese, Montebello della Battaglia, Mornico Losana, Oliva Gessi, Pinarolo Po, Pancarana, Pizzale, Rea, Robecco Pavese, Santa Giuletta, Torricella Verzate, Verretto, Verrua Po. La media è di 1.236 abitanti per Comune. La città di Casteggio (6.876 abitanti) è il Comune capofila dell'Ambito territoriale. Dei 28 Comuni che compongono l'Ambito, ben 15 si collocano sotto la soglia dei 1.000 abitanti e soltanto due, Bressana Bottarone e Casteggio, hanno una popolazione superiore ai 3.000.

Il territorio dell'Ambito di Casteggio si trova al centro dell'Oltrepò Pavese e si presenta molto vario e articolato per geografia e morfologia. Procedendo da nord a sud, si passa infatti da ampie zone pianeggianti che si diramano dai confini del Po e che sono ricche di terreni irrigui, coltivati prevalentemente a foraggio e pioppeti, per giungere alla fascia pre-collinare e collinare che raggiunge i 500 metri di altezza.

Nel Piano di Zona di Voghera risiedono circa 66.798 persone. Il Distretto di Voghera è delimitato da un lato dalla Valle del Ghiaia di Montalto e dall'altro

Tabella 5. Popolazione residente Ambito di Casteggio divisa a seconda della popolosità dei Comuni.

Minore di 1.000	Tra 1.001 e 3.000	Tra 3.001 e 5.000	Tra 5.001 e 15.000	Superiore a 15.001	Tot. popolazione residente nell'Ambito
15	11	1	1	0	34.621

Fonte: dati ISTAT elaborati dall'autore.

dalla Valle Staffora, che raggiunge Varzi e Santa Margherita di Staffora attraverso la Val di Nizza. La posizione geografica del territorio di Voghera, attraversato dalla via Posturnia (prosecuzione della via Emilia) verso Genova allo sbocco della Valle Staffora, ha sempre influito positivamente sull'economia locale sostenuta dalle continue correnti di traffico. Il Distretto di Voghera comprende due aree con caratteristiche geografiche differenti, l'una prevalentemente pianeggiante e l'altra collinare-montuosa. I Comuni del Distretto sono 23: Bagnaria, Brallo di Pregola, Casei Gerola, Cecima, Codevilla, Corana, Cornale e Bastida, Godiasco Salice Terme, Menconico, Montesegale, Ponte Nizza, Retorbido, Rivanazzano Terme, Rocca Susella, Romagnese, Santa Margherita di Staffora, Silvano Pietra, Torrazza Coste, Val di Nizza, Valverde, Varzi, Voghera, Zavattarello. La media è di 2.904 abitanti per Comune.

Nell'Ambito di Voghera possiamo osservare come il Piano sia incentrato sul ruolo di una grande città come Voghera, che assume una posizione naturalmente egemone in un contesto – come negli altri due Ambiti dell'Oltrepò – composto da Comuni molto piccoli. Tolta Rivanazzano, che supera di poco i 5.000 abitanti, abbiamo solo altri 7 Comuni che superano i 1.000 abitanti; gli altri 14 Comuni del Piano sono tutti sotto questa soglia.

Tabella 6. Popolazione residente Ambito di Voghera divisa a seconda della popolosità dei Comuni.

Minore di 1.000	Tra 1.001 e 3.000	Tra 3.001 e 5.000	Tra 5.001 e 15.000	Superiore a 15.001	Tot. popolazione residente nell'Ambito
14	5	2	1	1	66.798

Fonte: dati ISTAT elaborati dall'autore.

4.1.3. Distretto Lomellina

Il Distretto sociosanitario della Lomellina è uno dei tre Distretti, insieme a Pavese e Oltrepò, che costituiscono la dimensione territoriale/organizzativa dell'ASL di Pavia. A sua volta il Distretto è composto dai tre Ambiti di Vigevano (4 Comuni), Mortara (20 Comuni) e Garlasco (27 Comuni). Il totale della popolazione residente nel Distretto della Lomellina è di 181.863 abitanti, pari al 33% della popolazione residente nella provincia di Pavia.

Vigevano, con i suoi 63.268 abitanti, è la città più popolosa della Lomellina, ospita la direzione organizzativa del Distretto ed è il Comune capofila del suo Piano di Zona (il più popoloso tra i tre in cui è suddivisa la Lomellina con i suoi 83.298 abitanti). Nel Distretto Lomellino risiedono 181.836 abitanti, ossia il 33,2% degli abitanti della provincia di Pavia; se confrontiamo questo dato con quello del 2002 (169.246, pari al 34,2% degli abitanti della provincia) possiamo

osservare un trend lievemente decrescente in termini percentuali, a fronte però di una crescita rilevante in termini assoluti.

Sul totale degli abitanti del Distretto Lomellino, il 30,7% risiede nell'Ambito di Garlasco (55.780 abitanti), il 23,5% in quello di Mortara (42.785) e il 45,8% in quello di Vigevano (83.298). La città di Vigevano fa la parte del leone in termini di popolazione residente, rappresentando infatti, con i suoi 63.268 abitanti, ben il 34,8% dell'intera popolazione del Distretto, configurandosi così come il baricentro del Distretto Lomellino.

Riguardo alla crescita considerevole in termini di popolazione residente è fondamentale il contributo fornito proprio dalla città di Vigevano (da 57.444 a 63.268 abitanti) e dal Piano di Zona che a essa fa riferimento, che passa da un totale di 73.837 abitanti nel 2002 agli 83.298 del 2014.

Il Piano di Zona di Garlasco è composto dai Comuni di Alagna, Borgo San Siro, Breme, Dorno, Ferrera Erbognone, Frascarolo, Gallivola, Gambarana, Garlasco, Gropello Cairoli, Lomello, Mede, Mezzana Bigli, Ottobiano, Pieve Albignola, Pieve del Cairo, San Giorgio Lomellina, Sannazzaro de' Burgondi, Sartirana Lomellina, Scaldasole, Semiana, Suardi, Tromello, Valeggio, Valle Lomellina, Velezzo, Villa Biscossi, tutti situati in pianura. L'Ambito conta 55.780 abitanti per una media di 2.066 abitanti per Comune; il Comune più popoloso è Garlasco, con 9.872 abitanti, mentre il meno popoloso è Villa Biscossi con 73.

L'Ambito è composto per lo più da Comuni di dimensioni medio-piccole, dove spiccano alcune realtà di maggior popolosità che, essendo collocate geograficamente in diversi punti del territorio del Piano, costituiscono una sorta di *hub* dei servizi sociali per i Comuni più piccoli. Mi riferisco a Comuni come Garlasco, Mede e Sannazzaro. Nell'Ambito abbiamo 16 Comuni sopra i 1.000 abitanti (e 11 sotto questa soglia, il 40,7%), di cui 5 sopra la soglia dei 3.000.

Tabella 7. Popolazione residente Ambito di Garlasco divisa a seconda della popolosità dei Comuni.

Minore di 1.000	Tra 1.001 e 3.000	Tra 3.001 e 5.000	Tra 5.001 e 15.000	Superiore a 15.001	Tot. popolazione residente nell'Ambito
11	10	3	3	0	55.780

Fonte: dati ISTAT elaborati dall'autore.

Il piano di Zona di Mortara è formato dai 20 Comuni di Albonese, Candia Lomellina, Castello D'Agogna, Castelnovetto, Ceretto, Cernago, Cilavegna, Cozzo, Langosco, Mortara, Nicorvo, Olevano di Lomellina, Palestro, Parona, Robbio, Rosasco, Sant'Angelo Lomellina, Torreberetti e Castellaro, Zeme, tutti situati in pianura. L'Ambito conta 42.785 abitanti per una media di 2.140 abi-

tanti per Comune; il Comune più popoloso è Mortara, con 15.543 abitanti, mentre il meno popoloso è Ceretto, che ne conta 196. I Comuni più grandi dell'Ambito sono Cilavegna, Mortara e Robbio che, con un totale di 27.296 abitanti, raccolgono il 63,8% della popolazione. Molto forte è la presenza dei Comuni sotto i 1.000 abitanti, ben 11, che rappresentano il 41% dei Comuni che aderiscono al Piano di Zona di Mortara.

Tabella 8. Popolazione residente Ambito di Mortara divisa a seconda della popolosità dei Comuni.

Minore di 1.000	Tra 1.001 e 3.000	Tra 3.001 e 5.000	Tra 5.001 e 15.000	Superiore a 15.001	Tot. popolazione residente nell'Ambito
11	6	0	2	1	42.785

Fonte: dati ISTAT elaborati dall'autore.

Il Piano di Zona di Vigevano è formato dai Comuni di Cassolnovo, Gambolò, Gravellona e Vigevano, tutti situati in pianura. L'Ambito conta 83.298 abitanti (il più popoloso del Distretto), per una media di 20.824 abitanti per Comune; il Comune più popoloso è Vigevano, che con 63.268 abitanti raccoglie il 76% delle popolazione dell'Ambito; il Comune meno popoloso è invece Gravellona con 2.790 abitanti.

Tabella 9. Popolazione residente Ambito di Vigevano divisa a seconda della popolosità dei Comuni.

Minore di 1.000	Tra 1.001 e 3.000	Tra 3.001 e 5.000	Tra 5.001 e 15.000	Superiore a 15.001	Tot. popolazione residente nell'Ambito
0	1	0	2	1	83.298

Fonte: dati ISTAT elaborati dall'autore.

4.2. TIPI DI STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DEI PIANI DI ZONA²

Per una corretta comprensione di come vengono programmati e gestiti i servizi di welfare in ambito locale, non è possibile esimersi da un'attenta analisi della struttura organizzativa degli attori istituzionali preposti a tale programmazione/erogazione e alle modalità di funzionamento dei settori amministrativi competenti. Per questo motivo si procederà con un'illustrazione dettagliata delle strut-

² La ricostruzione dei diversi tipi è stata effettuata tramite l'analisi dei documenti di Piano dei nove Ambiti.

ture organizzative dei Piani di Zona e delle loro modalità di funzionamento; quali organi sono predisposti e che compiti hanno, come si raccordano tra loro e con la società (associazionismo, Terzo Settore). Successivamente verrà presentata un'analisi comparata per comprendere le affinità e le divergenze tra i nove Piani, fornendo così alcuni spunti analitico-interpretativi.

Nel corso dell'ultimo decennio, i Piani di Zona sono diventati sempre più il fulcro della programmazione/erogazione del welfare locale, ponendosi al centro di una fitta rete istituzionale (Bifulco, Centemeri 2007, 2008; Salvati 2015).

Il ruolo sempre più centrale dei Piani, e quindi la maggiore importanza del loro assetto di governance e del funzionamento delle strutture, segnala l'aumento esponenziale del ruolo degli Enti locali nella costruzione del sistema integrato dei servizi, portando così a una crescita nel livello di prossimità tra cittadini e sistema del welfare (Campedelli 1998). Questo fa sì che il ruolo di governance delle politiche sociali attribuito a Comuni e Piani di Zona stia aumentando sempre più (Bifulco, Centemeri 2008; Bifulco 2014).

4.2.1. Piano di Zona di Certosa

Il Piano di Zona di Certosa ha individuato e riconfermato, anche per il triennio 2015-2017, il Comune di Siziano quale Ente capofila del Piano. Al Comune di Siziano perciò competono:

- l'individuazione delle risorse umane (personale amministrativo) e strumentali;
- la gestione amministrativo-finanziaria;
- la dotazione strumentale necessaria per il funzionamento del Piano di Zona.

Ciascun Comune del Distretto partecipa secondo le modalità approvate dall'Assemblea dei Sindaci alle spese per il personale amministrativo dell'Ente capofila, nonché per l'uso delle risorse strumentali.

Gli organismi istituzionali che compongono il Piano e definiscono i meccanismi di coordinamento per il funzionamento del Piano stesso sono riportati di seguito.

1. L'Assemblea dei Sindaci del Piano di Certosa

L'Assemblea dei Sindaci è l'organismo politico dei Piani di Zona, deputato alle seguenti funzioni:

1. approva l'Accordo di programma e il Piano di Zona triennale, ivi comprese le eventuali successive modifiche;
2. verifica periodicamente lo stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano, svolgendo quindi funzioni di vigilanza;
3. aggiorna le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;

4. approva annualmente il piano economico-finanziario preventivo e il rendiconto consuntivo;
5. approva i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi;
6. approva le compartecipazioni dei singoli Comuni alle attività e ai servizi del Piano di Zona;
7. approva le deleghe al Piano di Zona di servizi socio-assistenziali la cui titolarità è in capo ai singoli Comuni, definendone le modalità.

Le decisioni politiche dell'assemblea dei Sindaci sono vincolanti per i Comuni che fanno parte del Distretto di Certosa e sono assunte a maggioranza dei voti dei Sindaci (o loro delegati) presenti e votanti, in ragione dei voti espressi secondo le quote da ciascun rappresentate proporzionali al numero di abitanti.

2. Il Tavolo di Gestione

Il Tavolo di Gestione è un organo intermedio tra l'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano. È composto da sette Sindaci o loro delegati, compreso il Comune capofila, e dal coordinatore del Piano di Zona, con possibilità di ampliamento a rappresentanti del Terzo Settore.

Il Tavolo ha il compito di:

1. esprimere parere preventivo su ogni atto di competenza dell'Assemblea dei Sindaci;
2. formulare all'Assemblea dei Sindaci pareri e proposte sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie;
3. definire le modalità di integrazione con il Terzo Settore.

3. L'Ufficio di Piano

È l'organo di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative, della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi.

L'Ufficio di Piano è costituito da:

- responsabile dell'Ufficio di Piano, cui competono anche le funzioni di coordinamento per la realizzazione degli obiettivi previsti;
- personale amministrativo;
- assistenti sociali. Il Distretto di Certosa di Pavia gestisce in forma associata il servizio di segretariato sociale, avvalendosi di tre assistenti sociali dedicate che intervengono su tre distinte aree del territorio (poli).

L'Ufficio di Piano ha sede nel Comune capofila e ha il compito di:

- programmare, pianificare e valutare gli interventi;
- costruire e gestire il budget;

- amministrare le risorse assegnate (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, Fondo per le non Autosufficienze, quote di Comuni e di eventuali altri soggetti);
- coordinare la partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'accordo di programma.

Gli uffici amministrativi dei Comuni del Distretto collaborano con l'ufficio amministrativo del Piano di Zona, inviando i dati demografici, sociali e di rendicontazione richiesti dall'Ufficio di Piano, necessari sia per l'assolvimento dei debiti informativi con la Regione, sia per la programmazione e il buon andamento del Piano di Zona, inclusi dati necessari ai fini statistici.

L'Ufficio di Piano risponde, nei confronti delle Assemblee, dell'ASL e della Regione, dell'attendibilità e della puntualità degli adempimenti rispetto ai debiti informativi regionali.

4. Il Tavolo Tecnico d'Area

Il Tavolo Tecnico d'Area rappresenta il luogo di confronto tecnico per la microprogrammazione e la traduzione sul piano operativo e attuativo delle scelte di indirizzo; la finalità dell'organismo è quella di condividere con gli altri soggetti e i principali referenti dei Servizi sociali dei Comuni le scelte di microprogrammazione e i conseguenti risvolti sul piano organizzativo e produttivo, assumendo gli orientamenti indicati e approvati nel Piano di Zona e dall'Assemblea dei Sindaci, in coerenza con le scelte di politiche sociali delle Amministrazioni comunali.

Il Tavolo Tecnico d'Area è coordinato dall'Ufficio di Piano e composto dal coordinatore e dai responsabili/tecnici dei Servizi sociali comunali; in funzione dei temi all'ordine del giorno potranno essere invitati a partecipare ed intervenire referenti di Servizi istituzionali e del Terzo Settore.

Rapporti con il Terzo Settore

Per la miglior realizzazione degli obiettivi del Piano di Zona, l'Ambito prevede specifiche forme di consultazione e interazione con il Terzo Settore, volute a garantirne la partecipazione attiva alla definizione dei percorsi volti al raggiungimento degli obiettivi e alla loro valutazione. L'obiettivo principale dei rapporti istituzionalizzati con il Terzo Settore è quello di diminuire la frammentazione delle risposte e ricomporre la rete di risposte pubbliche e del privato sociale, di concerto con le Associazioni di Volontariato del territorio. Vengono messe a punto, approvate e adottate forme di collaborazione che favoriscano risposte organiche, coordinate e sinergiche ai bisogni espressi dai cittadini fragili.

4.2.2. Piano di Zona di Corteolona

Il Comune di Belgioioso costituisce l'Ente capofila dell'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona 2015-2017. Poiché l'Ente capofila ha trasferito la funzione 'Servizi Sociali, Assistenza e Servizi alla Persona' all'Unione di Comuni Lombarda Terre Viscontee Basso Pavese, di cui fa parte, sarà quest'ultima a occuparsi della gestione dell'Accordo di Programma.

L'Assemblea dei Sindaci di Distretto rappresenta l'organo politico con potere decisionale che elabora e valida le scelte condivise e discusse nei vari passaggi istituzionali a livello territoriale.

L'Ufficio di Piano è l'organismo di supporto tecnico ed esecutivo alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona.

L'Ufficio di Piano, cui spettano la programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi, la costruzione e la gestione del budget e l'amministrazione delle risorse assegnate, svolge le seguenti funzioni:

- coordinamento e responsabilità gestionale dei fondi assegnati secondo l'indirizzo fornito dall'Assemblea dei Sindaci e predisposizione delle rendicontazioni economiche che verranno fornite ai Comuni e alla Regione Lombardia;
- attività di supporto amministrativo e di segreteria all'Assemblea dei Sindaci e al Comitato esecutivo;
- gestione degli interventi e delle attività previste nel Piano e stabilite, nel triennio, dall'Assemblea dei Sindaci;
- cooperazione con l'ASL per il pieno sviluppo dell'integrazione sociosanitaria;
- attivazione dei gruppi tematici di programmazione e approfondimento per le priorità indicate dal Piano;
- progettazione degli interventi innovativi in collaborazione, partnership o attraverso le forme di co-progettazione previste dalla normativa regionale, con altri attori del territorio;
- coordinamento e controllo dei soggetti accreditati che concorrono alla realizzazione del Piano;
- promozione e sostegno delle reti locali esistenti e di quelle che si possono creare a partire da problemi e priorità condivise;
- supporto per l'individuazione di aree di criticità dei servizi, punti di forza e di debolezza del Piano di Zona e potenzialità di sviluppo per aree di intervento;
- monitoraggio delle attività, valutazione dei risultati conseguiti e aggiornamento annuale del Piano.

Risorse umane e competenze

L'attuale organizzazione dell'Ufficio di Piano prevede le seguenti figure: un responsabile dell'Ufficio di Piano e un collaboratore amministrativo con funzioni di supporto al coordinamento.

Accanto al personale amministrativo sono presenti alcune figure professionali nell'organizzazione del Servizio Sociale Professionale: un coordinatore Servizi sociali con funzioni nell'ambito del Penale minorile e dell'Adozione, tre assistenti sociali e un collaboratore amministrativo.

4.2.3. Piano di Zona di Pavia

In base alla normativa, si conferma quale organismo politico di riferimento l'Assemblea distrettuale dei Sindaci alla quale compete:

- l'approvazione dell'Accordo di Programma ed il Piano di Zona triennale, ivi comprese le eventuali successive modifiche;
- la verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano;
- l'aggiornamento delle priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
- l'approvazione annuale del piano economico-finanziario di preventivo e il rendiconto di consuntivo;
- l'approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi.

Nel marzo 2009 è stato costituito il Consorzio Sociale Pavese, comprendente i 12 Comuni facenti parte il Distretto di Pavia che gestisce in autonomia giuridica e patrimoniale il Piano di Zona e i servizi a esso correlati, quali tutela minorile, segretariato sociale e servizio inserimento lavorativo per soggetti in situazione di fragilità sociale. Come previsto nella *mission*, il Consorzio si caratterizza per l'ampliamento del bacino di utenza di fruitori dei servizi, che consente di ottenere economie di scala non altrimenti conseguibili a livello locale. Inoltre, sempre in virtù dell'ampiezza del bacino di utenza, nel Consorzio sono presenti figure professionali non previste dai singoli Enti, e ciò ha consentito il superamento di problematiche connesse a carenze qualitative o quantitative di personale.

Il Consorzio garantisce omogeneità di intervento sul territorio di riferimento, ovviando al problema della disparità di trattamento per bisogni simili.

Sono organi del Consorzio:

- l'Assemblea, composta dai legali rappresentanti degli Enti consorziati, che elegge tra i propri componenti il Presidente;
- il Consiglio di Amministrazione, composto da 3 componenti di cui uno con funzioni di Presidente eletti dall'Assemblea fra i propri componenti;

- il Presidente del Consiglio di Amministrazione, nonché il Presidente del Consorzio, che ha la rappresentanza istituzionale e legale del Consorzio, l'organo di raccordo fra l'Assemblea e il Consiglio di Amministrazione;
- Il Direttore, nominato dal Consiglio di Amministrazione su proposta del Presidente, che ha la responsabilità gestionale del Consorzio e opera assicurando il raggiungimento dei risultati programmatici; tiene i rapporti con tutti i soggetti coinvolti nelle strategie del Consorzio, a livello locale, regionale, nazionale e comunitario; svolge le funzioni di segretario del Consorzio.

Risorse umane e competenze

L'Ufficio di Piano è l'organo di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi. Ha il compito di:

- programmare, pianificare e valutare gli interventi;
- costruire e gestire il budget;
- amministrare le risorse assegnate (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, quote di compartecipazione dei Comuni e ogni altra entrata);
- coordinare la partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma.

L'ufficio è costituito da:

- un responsabile, il Direttore del Consorzio, per la gestione del Piano di Zona e dei servizi correlati;
- un istruttore amministrativo;
- tre assistenti sociali;
- un educatore professionale;
- collaborazione di un contabile del Consorzio per l'espletamento della parte contabile finanziaria.

Il Consorzio Sociale Pavese assume il ruolo di Ente capofila del Distretto responsabile, quindi, dell'attuazione, attraverso la propria struttura organizzativa, del Piano di Zona, così come approvato dall'Assemblea dei Sindaci. Risulta essere netta, pertanto, la distinzione tra il mandato dell'Assemblea dei Sindaci e quello dell'Assemblea consortile, organo istituzionale del Consorzio con funzioni di controllo e indirizzo politico-amministrativo.

Si riconferma, inoltre, il ruolo dell'Ufficio di Piano, confluito nel Consorzio Sociale Pavese, quale organismo di supporto tecnico ed esecutivo, garante altresì dei seguenti servizi:

- programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi;
- costruzione e gestione del budget;

- amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, Fondo per le non Autosufficienze, quote di Comuni e di altri eventuali soggetti);
- coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma.

Il Distretto Sociale di Pavia riconosce il ruolo del Terzo Settore rientrante, a pieno titolo, nella progettazione e realizzazione della rete attraverso la costituzione del Tavolo Tecnico del Terzo Settore, espressamente configurato quale realtà di consultazione e di confronto permanente, come avvenuto nelle triennali precedenti attraverso la convocazione periodica di incontri, volti all'analisi della realtà territoriale e dell'avanzamento della progettazione distrettuale.

4.2.4. Piano di Zona di Broni

Gli elementi costitutivi della governance del Piano di Zona di Broni sono i seguenti:

- Organismo politico è l'Assemblea dei Sindaci.
- Organismo di supporto tecnico ed esecutivo: è rappresentato dall'Ufficio di Piano, quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona.
- L'Ufficio di Piano è costituito presso il Comune di Broni, individuato quale Ente capofila del Distretto, ed è coordinato da un responsabile coincidente con un funzionario di ruolo del Comune di Broni, da un funzionario assistente sociale e dalle assistenti sociali che lavorano a contatto con l'utenza.
- Tavolo politico-tecnico: è un organo intermedio tra l'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano. È presieduto dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci o suo delegato ed è costituito, oltre che dal Presidente, dagli assessori ai Servizi sociali del Comune di Broni e del Comune di Stradella, da un Sindaco o assessore in rappresentanza dei Comuni con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti.

Organizzazione, risorse umane e competenze

Il Piano di Zona di Broni assume la classica formula che individua un Ufficio di Piano nel Comune capofila (Broni) che svolge servizi di pianificazione per gli altri Comuni del piano.

L'Ufficio di Piano è coordinato dal responsabile dell'Ufficio di Piano e dispone di altre tre figure professionali stabili: un funzionario amministrativo coordinatore, due assistenti sociali (una specifica per l'area minori, l'altra riferita alle aree disabili-adulti-anziani).

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Broni si occupa di approvare l'Accordo di Programma e il Piano di Zona triennale, ivi comprese le eventuali successive modifiche; verificare ogni anno lo stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano; aggiornare le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili; approvare annualmente il Piano economico-finanziario di preventivo e di rendiconto di consuntivo; approvare i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione Lombardia per la trasmissione all'ASL, ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi; approvare la compartecipazione dei singoli Comuni alle attività e ai servizi del Piano di Zona; approvare le deleghe al Piano di Zona di servizi socio-assistenziali, la cui titolarità è in capo ai singoli Comuni, definendone le modalità. Le decisioni sono assunte a maggioranza dei voti dei Sindaci (o loro delegati), presenti e votanti, in ragione dei voti espressi secondo le quote da ciascun rappresentante proporzionale al numero di abitanti.

L'Ufficio di Piano supporta la programmazione, è responsabile delle funzioni tecniche, amministrative, della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi. È suddiviso in due unità operative: staff di back office, staff di front office. Lo staff di back office dell'Ufficio di Piano è costituito dal responsabile del Piano di Zona e dal coordinatore assistente sociale del Comune capofila. Ha le seguenti funzioni:

- predisposizione di tutti gli atti amministrativi necessari al raggiungimento degli obiettivi del piano di zona;
- assolvimento dei debiti informativi con Regione Lombardia, ASL di Pavia, Ministero del Tesoro, Prefettura e ogni altro Ente;
- costruzione e gestione del bilancio;
- coordinamento con gli uffici dell'ASL di Pavia, Provincia, Prefettura e Regione Lombardia;
- partecipazione alla Cabina di regia istituita presso l'ASL di Pavia;
- predisposizione delle progettualità per l'accesso e l'utilizzo di fondi nazionali, regionali, provinciali, privati, in collaborazione con il personale sociale del front office;
- supporto e consulenza agli uffici sociali dei Comuni/Unioni del Distretto;
- programmazione e gestione delle riunioni politiche e tecniche;
- coordinamento delle attività degli assistenti sociali, ivi compresi i flussi informativi;
- individuazione di tutte le procedure operative finalizzate all'attuazione degli obiettivi definiti nell'Accordo di Programma, in accordo con gli assistenti sociali;
- funzioni che costituiscono in generale aspetti afferenti al servizio sociale di comunità, vale a dire:
 - rapporti con le organizzazioni sindacali per gli aspetti che non rientrano nelle funzioni politiche, vale a dire per le funzioni descritte nell'art. 8;

- rapporti con il Terzo Settore e tavoli tematici;
- sviluppo del sistema di conoscenza: raccolta di dati e di flussi informativi, nonché creazione di banche dati che possano ricomporre la frammentazione di informazioni tra servizi territoriali pubblici e privati;
- sviluppo delle reti private e pubbliche territoriali, in particolare il Terzo Settore e i Comuni, ricomponendone la frammentazione di conoscenze, risorse e servizi, al fine di favorire un maggior dialogo, collaborazione, sinergia finalizzate alla definizione di specifiche progettualità.

Lo staff di front office dell'Ufficio di Piano è costituito dagli assistenti sociali del Piano di Zona dedicati a svolgere le attività a contatto con l'utenza, vale a dire il segretariato sociale e il servizio sociale professionale.

Le attività svolte dagli assistenti sociali sono quelle definite dall'Accordo di Programma, dal Piano di Zona, dal disciplinare di incarico e ogni altra attività definita dal tavolo politico-tecnico o dall'Assemblea dei Sindaci, attinente la professione di assistente sociale.

Il tavolo politico-tecnico ha il compito di esprimere parere preventivo su ogni atto di competenza dell'Assemblea dei Sindaci; formulare all'Assemblea dei Sindaci pareri e proposte sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi e sulla distribuzione delle risorse finanziarie; approvare i progetti e i relativi finanziamenti; approvare le linee guida dei servizi erogati dal Piano di Zona; approvare in via di urgenza le modifiche al bilancio annuale del Piano di Zona; verificare annualmente lo stato di raggiungimento degli obiettivi del piano; aggiornare le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili; approvare le rendicontazioni per l'assolvimento dei debiti informativi verso Regione Lombardia, ASL e ogni altra rendicontazione non di competenza istituzionale dell'Ufficio di Piano; prendere atto delle procedure operative individuate dall'Ufficio di Piano per l'attuazione degli obiettivi definiti nell'Accordo di Programma.

4.2.5. Piano di Zona di Casteggio

Gli elementi costitutivi della governance del Piano di Zona di Casteggio sono i seguenti:

- Organismo politico è l'Assemblea dei Sindaci.
- Organismo di supporto tecnico ed esecutivo: è rappresentato dall'Ufficio di Piano, quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona.
- L'Ufficio di Piano è costituito presso il Comune di Casteggio, individuato quale Ente capofila del Distretto, ed è coordinato dal funzionario responsabile dei Servizi sociali del Comune di Casteggio, dall'impiegata amministrativa e dalle assistenti sociali.

- Tavolo politico-tecnico: è un organo intermedio tra l'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano. È presieduto dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci o da un suo delegato ed è costituito da un massimo di sei rappresentanti politici nominati dall'Assemblea dei Sindaci. Partecipano alle riunioni il responsabile dell'Ufficio di Piano e, quando richiesto, gli assistenti sociali del Piano di Zona. Al tavolo è prevista la partecipazione di un rappresentante del Terzo Settore. Partecipano alle riunioni del tavolo il responsabile dell'Ufficio di Piano e, quando richiesto, gli assistenti sociali del Piano di Zona.

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Casteggio si occupa di approvare l'Accordo di Programma e il Piano di Zona triennale, ivi comprese le eventuali successive modifiche; verificare ogni anno lo stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano; aggiornare le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili; approvare annualmente il piano economico-finanziario di preventivo e di rendiconto di consuntivo; approvare i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione Lombardia per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi; approvare la compartecipazione dei singoli Comuni alle attività e ai servizi del Piano di Zona; approvare le deleghe al Piano di Zona di servizi socio-assistenziali la cui titolarità è in capo ai singoli Comuni, definendone le modalità. Le decisioni sono assunte a maggioranza dei voti dei Sindaci (o loro delegati), presenti e votanti, in ragione dei voti espressi secondo le quote da ciascun rappresentante proporzionale al numero di abitanti. L'Ufficio di Piano supporta la programmazione, è responsabile delle funzioni tecniche, amministrative, della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi. In particolare si occupa di: programmare, pianificare e valutare gli interventi; costituire e gestire il budget; amministrare le risorse assegnate (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, Fondo non Autosufficienze, quote di compartecipazione del Comuni ed ogni altra entrata derivanti da altri soggetti) nel rispetto di quanto disposto dall'Assemblea dei Sindaci; assolvere debiti informativi disposti dall'ASL e da Regione Lombardia; coordinare la partecipazione dei soggetti sottoscrittori all'Accordo di Programma; risponde inoltre nei confronti dell'Assemblea dei Sindaci, dell'ASL e della Regione Lombardia, sulla correttezza, affidabilità e puntualità degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali.

Il tavolo politico-tecnico ha il compito di esprimere parere preventivo su ogni atto di competenza dell'Assemblea dei Sindaci; formulare all'Assemblea dei Sindaci pareri e proposte sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie; definire annualmente i progetti delle leggi di settore con i relativi finanziamenti se previsti nei relativi bilanci preventivi annuali approvati dall'Assemblea dei Sindaci; approvare le li-

nee guida dei vari servizi erogati e definire eventuali deroghe proposte dai tecnici dell'Ufficio di Piano; definire le modalità di integrazione con il Terzo Settore.

4.2.6. Piano di Zona di Voghera

Gli elementi costitutivi la governance del Piano di Zona di Voghera sono i seguenti:

- Organismo politico è l'Assemblea dei Sindaci.
- Organismo di supporto tecnico ed esecutivo: è rappresentato dall'Ufficio di Piano, quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona.
- L'Ufficio di Piano è costituito presso il Comune di Voghera, individuato quale Ente capofila del Distretto, ed è coordinato dal Dirigente del Settore Servizi sociali del Comune di Voghera che assicura il supporto tecnico all'Assemblea dei Sindaci, gestisce attraverso il Piano Esecutivo di Gestione dell'Ente i finanziamenti assegnati al Distretto ed è responsabile dell'esecuzione dell'Accordo di Programma.
- Tavoli tecnici e tavoli di rappresentanza del Terzo Settore: rappresentano il luogo di confronto tra programmatori istituzionali e realtà sociale; è prevista la presenza di tavoli tematici come momenti stabili lungo tutto il percorso dell'attuazione del Piano di Zona.
- Sono coinvolte nella fase di attuazione le Associazioni di volontariato, di promozione sociale e di solidarietà familiare del territorio per la partecipazione attiva a tavoli tematici di condivisione e confronto.

Risorse umane e competenze

L'Ufficio tecnico operativo del Piano di Zona di Voghera è coordinato dal Dirigente del Settore Servizi sociali del Comune di Voghera. L'Ufficio di Piano dispone di tre figure professionali stabili: un assistente sociale e due amministrativi. Tutti i servizi forniti dal Piano di Zona sono descritti nella Carta d'Ambito dei Servizi sociali del Distretto, che contiene anche l'elenco dei Servizi sociali effettuati da ogni singolo Comune per i propri residenti.

L'Assemblea dei Sindaci, organo politico del Piano di Zona, è chiamata ad approvare il documento di Piano e suoi eventuali aggiornamenti; verificare annualmente lo stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano; aggiornare le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili; approvare annualmente i piani economico-finanziari di preventivo e i rendiconti di consuntivo; approvare i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi.

L'Ufficio di Piano, organo amministrativo del Piano di Zona, a sua volta garantisce un sistema integrato di servizi, attraverso: la programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi; la costruzione e gestione del budget; l'amministrazione delle risorse complessivamente assegnate; il coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma.

L'Ufficio di Piano garantisce le funzioni di servizio sociale professionale, le funzioni di segretariato sociale, l'espletamento di prestazioni professionali previste dal Piano di Zona, l'informazione dell'utenza, l'accompagnamento all'acquisto di prestazioni, il monitoraggio degli enti accreditati, il supporto nella gestione amministrativa e contabile, il supporto nella redazione dei monitoraggi e delle rendicontazioni regionali. Il Terzo Settore e gli altri attori pubblici/privati sul territorio dialogano costantemente con l'Ufficio di Piano per avere un coordinamento che aumenta il grado di soddisfazione del cittadino utente.

4.2.7. Piano di Zona di Garlasco

Funzione e composizione degli organismi di programmazione

Il documento definisce i seguenti soggetti come componenti della governance del Piano di Zona per il triennio 2015-2017:

1. Organismo politico rappresentato dall'Assemblea Distrettuale dei Sindaci che è chiamata a:
 - a) approvare il documento di Piano e suoi eventuali aggiornamenti;
 - b) verificare annualmente lo stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano;
 - c) aggiornare le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
 - d) approvare annualmente i piani economico-finanziari di preventivo e i rendiconti di consuntivo;
 - e) approvare i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi.
2. Organismo di supporto tecnico ed esecutivo rappresentato dall'Ufficio di Piano, quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona. L'Ufficio di Piano deve garantire un servizio di:
 - a) programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi;
 - b) costruzione e gestione del budget;
 - c) amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, quote dei Comuni e di altri eventuali soggetti);
 - d) coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscritti e aderenti all'Accordo di Programma.

3. Tavolo tecnico-politico, composto da una rappresentanza politica e tecnica con compiti di istruttoria e formulazione di proposte da portare all'attenzione dell'Assemblea dei Sindaci.
4. Tavolo del Terzo Settore che rappresenta il luogo di confronto tra programmatori istituzionali e realtà sociale. Gli incontri con il tavolo devono essere previsti come momenti stabili lungo tutto il percorso dell'attuazione del Piano di Zona, dalla costruzione ai diversi momenti delle fasi di valutazione.

Il Comune di Sannazzaro de' Burgondi ha il ruolo di Ente capofila per l'attuazione dell'Accordo di Programma. Le funzioni amministrative e il coordinamento gestionale sono affidate al Comune capofila.

Alcune competenze organizzative possono essere attribuite, con decisione unanime dell'Assemblea dei Sindaci, ai singoli Comuni costituenti l'Ambito distrettuale. Il personale a disposizione dell'Ufficio di Piano è quello dei Servizi sociali del Comune di Sannazzaro, a cui è in capo la responsabilità del Piano di Zona di Garlasco. Il Terzo Settore e gli altri attori pubblici/privati sul territorio dialogano costantemente con l'Ufficio di Piano per avere un coordinamento che aumenta il grado di soddisfazione del cittadino utente.

4.2.8. Piano di Zona di Mortara

Funzione e composizione degli organismi di programmazione

Organismo politico

Assemblea distrettuale dei Sindaci che ha i seguenti compiti:

- approvazione documento di Piano e suoi eventuali aggiornamenti;
- verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano;
- aggiornamento delle priorità, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
- approvazione annuale dei piani economico-finanziari di preventivo e i rendiconti di consuntivo;
- approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione, per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi.

Organismo consultivo (tecnico-politico)

Tavolo di gestione (organo composto da sette Sindaci – o loro delegati – individuati dall'Assemblea distrettuale dei Sindaci, compreso il Comune capofila, dal responsabile dell'Ufficio di Piano e dagli assistenti sociali operanti nell'Ambito distrettuale):

- formulazione all'Assemblea dei Sindaci di pareri e proposte sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie;

- formulazione di proposte relative alle linee guida sui servizi erogati e in applicazione delle leggi di settore;
- definizione delle modalità di integrazione col Terzo Settore.

Organismo di supporto tecnico ed esecutivo

Ufficio di Piano (soggetto di supporto alla programmazione, con funzioni tecniche amministrative relative agli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona):

- supporto alla programmazione e pianificazione degli interventi;
- costruzione e gestione del budget;
- amministrazione delle risorse complessivamente assegnate;
- coordinamento della partecipazione dei soggetti aderenti all'Accordo di Programma;
- assolvimento dei debiti informativi;
- coordinamento dei rapporti ASL/Ambito distrettuale;
- coordinamento dei rapporti con il Terzo Settore.

4.2.9. Piano di Zona di Vigevano

Il documento definisce i seguenti soggetti come componenti della governance del Piano di Zona per il triennio 2015-2017:

1. Organismo politico rappresentato dall'Assemblea distrettuale dei Sindaci che è chiamata a:
 - a) approvare il documento di Piano e suoi eventuali aggiornamenti;
 - b) verificare annualmente lo stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano;
 - c) aggiornare le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
 - d) approvare annualmente i piani economico-finanziari di preventivo e i rendiconti di consuntivo;
 - e) approvare i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi.
2. Organismo di supporto tecnico ed esecutivo rappresentato dall'Ufficio di Piano, quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona. L'ufficio di Piano deve garantire un servizio di:
 - a) programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi;
 - b) costruzione e gestione del budget;
 - c) amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, quote dei Comuni e di altri eventuali soggetti);

- d) coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscritti e aderenti all'Accordo di Programma.

La responsabilità gestionale del Piano di Zona di Vigevano è in capo al settore Servizio Politiche sociali e di programmazione, gestione e coordinamento Piano di Zona del Comune di Vigevano.

4.2.10. Il modello di governance dei Piani di Zona della provincia di Pavia: affinità e divergenze

Da questa carrellata sulla struttura organizzativa dei nove Piani della provincia, possiamo evidenziare un primo macroelemento di particolare rilievo: otto dei nove piani hanno sposato la forma organizzativa fondata sull'ufficio di Piano e il Comune capofila, mentre il Piano di Pavia ha adottato la formula del Consorzio sociale come ente capofila del Piano. L'esistenza del Consorzio fa sì che ci sia una gestione autonoma sia giuridica sia patrimoniale del Piano di Zona e dei servizi ad esso associati (tutela minorile, segretariato sociale e servizio inserimento lavorativo per soggetti in situazione di fragilità sociale).

Il Consorzio ha per scopo la programmazione e gestione in forma associata di servizi socio-assistenziali nonché la programmazione e la realizzazione degli obiettivi del Piano di Zona, delineando così una forma di cooperazione e di integrazione tra i Comuni del Piano, molto più avanzata rispetto a quel che accade negli altri Ambiti. Come anticipato precedentemente, il Consorzio ha per *mission* definita dallo statuto tutta una serie di compiti e di competenze che lo definiscono come un soggetto amministrativo complesso, capace di estendere la sua rete di governance in modo più pervasivo all'interno della struttura delle competenze comunali. Questa forma giuridica di associazione garantisce così la possibilità di portare la cooperazione intercomunale a un livello più avanzato per quel che concerne il settore della programmazione sociale e dell'erogazione di tali servizi.

Potremmo vedere questa formula al pari di uno *step* integrativo superiore rispetto alla semplice cooperazione basata sul funzionamento dell'ufficio di Piano e sull'individuazione di un singolo Comune come capofila responsabile del lavoro dell'Ambito. Il modello organizzativo del Piano di Zona di Pavia è perciò un *unicum* all'interno del panorama provinciale, presentandosi come uno dei punti più avanzati di cooperazione sotto l'aspetto dell'assetto istituzionale e della governance.

Soffermandoci sul modello organizzativo degli altri otto Piani, possiamo procedere a una rappresentazione grafica utile a mettere in risalto gli elementi costitutivi di questo modello di governance e i rapporti che esso definisce.

Al cuore della governance del Piano di Zona c'è l'obiettivo di rispondere al bisogno sociale manifestato all'interno di una comunità. Il lavoro di analisi del bi-

sogno, e quindi di programmazione delle risposte da dare a tale bisogno, viene compiuto tramite la redazione del documento di Piano che, avvalendosi di diversi dati raccolti e integrati tra loro in modo da fornire un quadro esaustivo del bisogno sociale, fornisce la base su cui programmare le risposte di *policy* a tale bisogno.

Al centro del modello di governance troviamo l'Ufficio di Piano che si occupa della gestione e dell'erogazione dei diversi aspetti delle politiche di welfare sociale in capo ai Piani di Zona. Il lavoro dell'Ufficio di Piano è solitamente svolto dagli uffici competenti dei Comuni capofila.

In tutti i Piani vi è un confronto e un coinvolgimento istituzionalizzato degli attori sociali presenti sul territorio (Associazioni, Sindacati, Terzo Settore) che aiutano a condurre all'interno del sistema le domande provenienti dalla società, rappresentando così quell'input necessario alla formulazione delle politiche di welfare e all'elaborazione delle risposte ai bisogni, ricalcando in pieno il modello della *black box* di Easton, che raccoglie input dalla società, li elabora nel circuito politico-amministrativo e li rimanda nel contesto sociale come *outcome*, definendo così un modello di continue interazioni di tipo sistemico (Easton 1953; 1965). Il coinvolgimento del Terzo Settore avviene in fase sia programmatica che di monitoraggio delle politiche, attivando così un circuito virtuoso che dovrebbe consentire di rafforzare la rete sociale sui territori e procedere a un'opera di rafforzamento partecipativo della costruzione del welfare locale. Questa modalità di raccordo tra attori istituzionali e Terzo Settore nel campo della programmazione sociale sottolinea l'importanza delle reti di comunità e quanto il welfare locale sia legato non solo al ruolo e alle performance del decisore pubblico, ma anche al contributo attivo (anche in fase di programmazione) del Terzo Settore (Folgheraiter 2006).

Accanto al tavolo di confronto con il Terzo Settore, tutti i Piani hanno un organismo di raccordo in grado di mettere agilmente in collegamento l'Ufficio di Piano e il settore amministrativo con la parte politica incarnata dall'Assemblea dei Sindaci. Questo tavolo tecnico diventa così il luogo di confronto per la microprogrammazione e la traduzione operativa e attuativa delle scelte di *policy*. Tale organismo consente di condividere, con vari altri soggetti e i principali referenti dei Servizi sociali dei Comuni, le scelte di programmazione e i conseguenti risvolti sul piano organizzativo e produttivo da portare all'attenzione dell'Assemblea dei Sindaci.

Appare evidente come questo strumento – accanto al tavolo di confronto con le parti sociali – consenta alle strutture istituzionali dei Piani di avere un organismo più agile e con chiare e definite funzioni di raccordo per affrontare le necessità di microprogrammazione e attuazione di *policy*, all'interno del più ampio lavoro di programmazione svolto con il documento triennale. Questi due luoghi istituzionali palesano la loro funzione di supporto e sostegno all'attività zonale degli Ambiti, fungendo da luogo di incontro tra i vari attori istituzionali e sociali che si trovano a operare all'interno della rete dei servizi di welfare locale. Un'istituzione

come il Tavolo tecnico permette altresì di tradurre in modo ancora più efficace gli indirizzi di *policy* e gli obiettivi politici definiti dall'organismo di indirizzo che è l'Assemblea dei Sindaci. Inoltre fornisce una possibile arena di confronto sul processo politico locale tra gli attori politici e i gruppi di pressione locali, definendo un luogo istituzionalizzato per la produzione delle politiche di welfare.

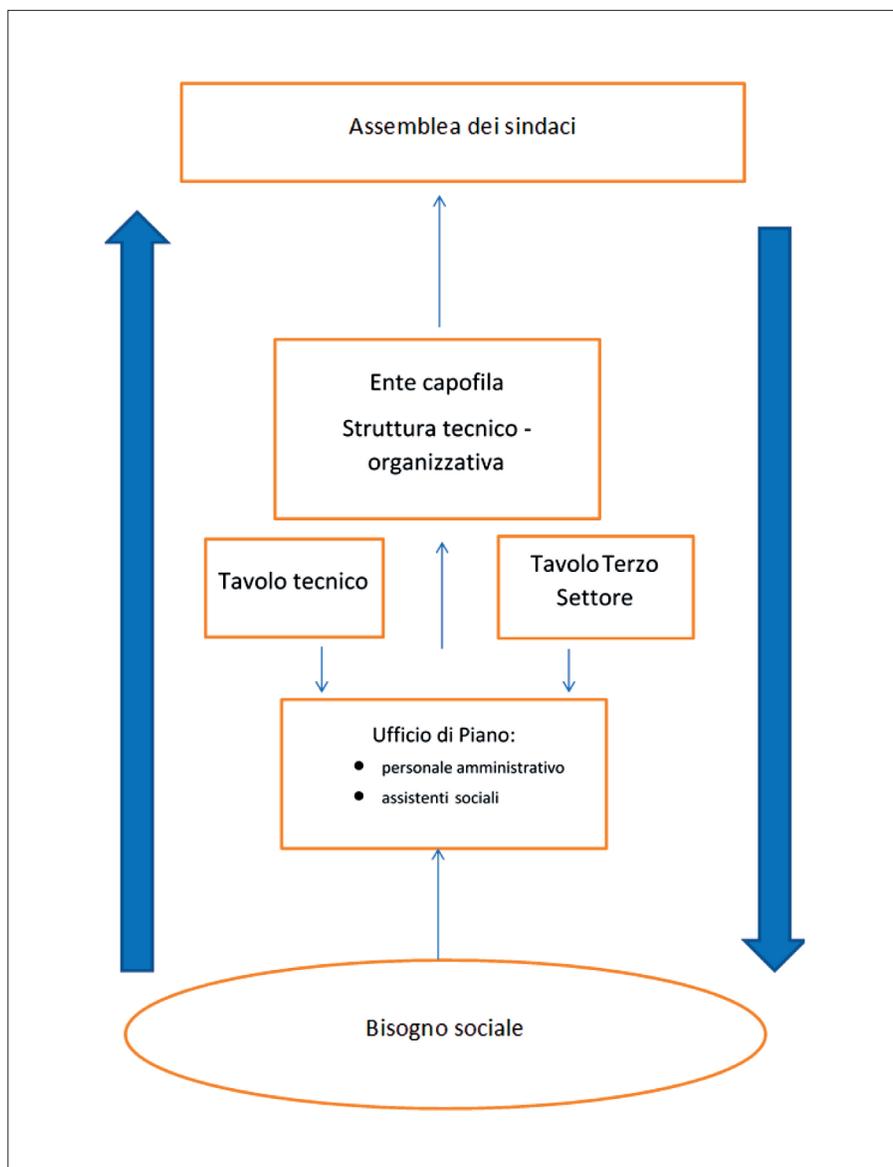


Figura 1. Modello grafico di governance del Piano di Zona.

Questi tavoli, ossia arene istituzionalizzate, riescono di fatto a costruire e codificare forme di costruzione partecipata del welfare locale, grazie alla presenza di un efficace coordinamento che consente il coinvolgimento dei diversi attori operanti nel settore. Questi strumenti, istituzionalizzati in tutti e nove i Piani, consentono di integrare maggiori domande dalla società, prevenendo processi di disgregazione, di emarginazione e di exit silenziosa. Questi spazi di partecipazione istituzionalizzata si definiscono come arene di governance (Bifulco 2005; Trigilia 2005).

L'Assemblea dei Sindaci è l'organo politico del Piano e raccoglie tutti i Sindaci dei Comuni aderenti ai singoli Piani di Zona. Questa istituzione ha compiti decisionali e di indirizzo/programmazione cui afferiscono tutta una serie di competenze, tra le quali: l'approvazione dell'Accordo di Programma, comprese le eventuali successive modifiche, la verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano, l'aggiornamento delle priorità annuali, l'approvazione del Piano economico-finanziario di preventivo e di rendiconto di consuntivo, l'approvazione della compartecipazione dei singoli Comuni alle attività e ai servizi del Piano di Zona, l'approvazione delle deleghe al Piano di Zona di servizi socio-assistenziali la cui titolarità è in capo ai singoli Comuni, definendone le modalità.

Seguendo la ricostruzione grafica in figura 1, vediamo come il rapporto tra domanda dal basso e risposta di *policy* sia il frutto di uno scambio tra la società, articolata nei suoi gruppi di interesse territoriali, e l'organo politico dell'Assemblea dei Sindaci. Nel mezzo troviamo lo spazio tecnico-amministrativo, che ha il compito di tradurre questo schema di domande/risposte in *policy* e che diventa, di fatto, un ulteriore punto di accesso per la pressione dei gruppi appartenenti alla categoria del Terzo Settore.

Questo modello organizzativo è comune a tutti e nove i Piani che, infatti, vedono alla base dello schema la necessità di rispondere ai bisogni sociali territoriali, al cuore del sistema l'Ufficio di Piano e la dimensione tecnica e in cima l'organo politico che raggruppa i sindaci dell'Ambito; accanto troviamo un organismo agile di raccordo tra parte tecnica, politica e sociale e il tavolo di confronto con il Terzo Settore.

Per il PdZ di Pavia bisogna considerare il ruolo del Consorzio; alla struttura istituzionale così definita bisogna affiancare l'Assemblea consortile e il Consiglio di Amministrazione del Consorzio che mutano il modello di governance rafforzando la dimensione dell'integrazione tra i soggetti componenti il PdZ e modificando la struttura decisionale. L'Assemblea è l'organo istituzionale del Consorzio e ha funzioni di controllo e indirizzo politico-amministrativo rappresentando la volontà degli Enti aderenti. È composta dai legali rappresentanti degli Enti consorziati o dagli assessori delegati. L'Assemblea non ha termini di durata; essa si rinnova automaticamente nei suoi componenti per effetto delle sostituzioni personali dei rappresentanti di diritto degli Enti consorziati. L'Assemblea consortile elegge tra i propri componenti il Presidente, il quale convoca e presiede

l'Assemblea; propone, sentito il Presidente del Consiglio di Amministrazione, gli oggetti da trattare; vigila sull'osservanza da parte del Consiglio di Amministrazione degli indirizzi dati dall'Assemblea per la realizzazione dei programmi e il conseguimento degli scopi di gestione del Consorzio.

Il Consiglio di Amministrazione è invece composto da tre componenti, di cui uno con funzioni di Presidente, eletti dall'assemblea fra i propri componenti. L'Assemblea consortile nomina il Presidente del Consiglio di Amministrazione scegliendolo tra i propri componenti. Il Presidente e i componenti del Consiglio di Amministrazione durano in carica per tre anni. Il Presidente del Consiglio di Amministrazione è il Presidente del Consorzio e ne ha la rappresentanza istituzionale e legale; istituzionalmente è l'organo di raccordo fra l'Assemblea e il Consiglio di Amministrazione, coordina l'attività di indirizzo con quella di governo e di amministrazione e assicura l'unità delle attività del Consorzio.

Il Consorzio Sociale Pavese ha il compito, rispetto all'Ambito, di gestire il Piano di Zona del Distretto di Pavia e i servizi da esso erogati. Possiamo considerare il suo ruolo, a livello di governance, come il motore politico-amministrativo del PdZ di Pavia che si affianca al cuore tecnico dell'Ambito rappresentato dal classico Ufficio di Piano e dall'organo di indirizzo che è l'Assemblea dei Sindaci.

4.3. RAPPORTI ISTITUZIONALI E DI GOVERNANCE TRA I COMUNI DEGLI AMBITI

Passata in rassegna la struttura della governance dei Piani di Zona, è importante soffermarsi su un altro aspetto di governo del territorio che concerne le relazioni tra i Comuni degli Ambiti, ossia i rapporti di cooperazione istituzionalmente sanciti e che possono prendere la forma di Unioni di Comuni, Comunità Montane e Gestioni associate.

Nell'ordinamento italiano esistono diverse forme giuridiche volte a costruire e incentivare forme di intercomunalità. Come sottolinea Spalla, tali forme possono essere declinate su un *continuum* a seconda della rilevanza; abbiamo così forme di associazionismo strutturale (forte), associazionismo funzionale (medio) o simbolico (debole) (Spalla 2013). Al primo tipo corrispondono le Fusioni, mentre al secondo le Unioni di Comuni. In particolare l'associazionismo funzionale punta al rafforzamento della produzione ed erogazione delle politiche pubbliche, con un forte accento posto sulle forme cooperative (Spalla 2013).

Questo tema è particolarmente rilevante e cogente per una provincia come quella di Pavia, che è caratterizzata da un elevato tasso di frammentazione istituzionale dovuta a un alto grado di dispersione amministrativa legata alla presenza di ben 188 Comuni. Tale dispersione è resa ancora più complessa dall'intreccio

con la variabile legata della morfologia territoriale della provincia, che racchiude territori pianeggianti, collinari e montuosi. Appare intuitivo il fatto che una struttura morfologica così variegata, abbinata a un alto livello di frammentazione amministrativa e dispersione della popolazione, renda particolarmente complessa la funzione di programmazione ed erogazione dei servizi.

Ricostruire i diversi rapporti di governance istituzionalizzati, che siano le Unioni di Comuni, i Piani di Zona o le Gestioni associate, serve per comprendere il reale funzionamento del governo locale e del sistema di produzione ed erogazione delle politiche pubbliche dato che, a partire dagli anni '90 – a seguito di una forte accelerazione al processo di decentramento (Spalla 2005) –, lo sviluppo istituzionale locale si è realizzato in termini di rapporti orizzontali istituzionalizzati, coinvolgendo molteplici attori e diverse istituzioni di governo territoriale (Ambiti, ASL, Piani di Zona, Comuni, Unioni di Comuni ecc.) (Lowndes, Skelcher 1998). Gli Enti che appartengono allo stesso territorio hanno perciò cominciato a costruire, volenti o nolenti, una rete orizzontale di governance basata su rapporti di collaborazione e o cooperazione particolarmente dinamici, ponendo sempre più al centro l'Ente comunale come fulcro di un nuovo network istituzionale (Fedele, Moini 2006; Spalla 2013): e proprio il concetto di network e di istituzioni che lavorano in rete sono parte della riflessione neo-istituzionalista (March, Olsen 1989) sul ruolo della governance e sulle sue caratteristiche (Osborne, Baebler 1992; Rhodes 1997; Ansell 2000).

Al momento, in provincia di Pavia ci sono 21 Unioni di Comuni e 19 Comuni raccolti nella Comunità montana. La diffusione delle Unioni di Comuni, e in questo l'esempio pavese è notevole per la numerosità – così come quello della Lombardia, la regione con il maggior numero di Unioni –, segnala come tale riassetto non sia mosso solo da ragioni di miglior gestione di risorse scarse, ma anche dalla necessità di procedere verso una riduzione della frammentazione sistemica a livello amministrativo. Il percorso di riforma del governo locale in Italia è un processo ancora *in fieri*, e ciò è dovuto alla necessità di riformare l'assetto istituzionale del governo locale che è andato a definirsi nel periodo post unitario. Come ricordano Hulst e van Monfort, si possono distinguere due modelli di governo locale (Hulst, van Monfort 2005); da una parte i sistemi *community based* (Francia e Italia), fondati sulla forza della rappresentanza politica, e dall'altra i sistemi *service delivery type* (Nord Europa), caratterizzati dall'obiettivo strategico dell'erogazione dei servizi.

Tali processi di riassetto e riorganizzazione sono, di fatto, una redistribuzione delle potestà di programmazione e di regolazione all'interno dei confini dello stato nazionale, associate anche all'assegnazione di risorse in realtà territoriali dai confini più contenuti (Brenner 2005).

Abbiamo visto come questi nuovi rapporti istituzionali servano a rendere più efficienti le scarse risorse a disposizione degli Enti locali, a ridurre la frammenta-

zione del governo locale ma anche a proteggere – e in qualche modo implementare/modernizzare – il sistema di welfare locale. Per ottenere questo è necessario promuovere un nuovo modello di sviluppo locale e di coesione sociale (Barca 2006), stimolando ‘politiche di programmazione’ dove è necessario integrare e produrre un’armonizzazione tra l’azione dei diversi attori (Fedele 2002; 2005). Al cuore di questo processo c’è perciò un percorso di riadattamento delle istituzioni locali e delle Pubbliche amministrazioni; dei loro obiettivi, del loro modello organizzativo (Selznick 1968; March, Olsen 1989) e della loro razionalità (Simon 1958; 1985) con la necessità di procedere a un cambiamento di paradigma, a una modifica della *path dependence* alla base del modello che ha determinato la nascita e lo sviluppo di queste istituzioni (Pierson 2000). La codifica di un cambiamento nelle pratiche dà perciò il via a quello che può essere definito – non in contrapposizione con il concetto di *path dependence* – come un processo di riadattamento delle pratiche istituzionali e delle organizzazioni (March, Olsen 1989; Friedberg 1993; Pfau-Effinger 2004).

Nel caso dei Piani di Zona, possiamo trovarci dinanzi a modelli di programmazione che risentono delle eredità radicate nella storia di un’amministrazione e di un territorio, senza però escludere che questi modelli possano invece essere modificati a causa di cambiamenti indotti dalla necessità di modificare i processi alla base della programmazione, sia in termini di modalità, sia in termini di obiettivi, di attori coinvolti e di nuovi vincoli istituzionali di governance.

Gli stessi Piani di Zona e le Unioni di Comuni sono forme molto strette di cooperazione e integrazione intercomunale che modificano la natura organizzativa degli attori coinvolti (Comuni, Associazioni, Terzo Settore): questo processo avviene attraverso la condivisione di risorse e strategie, portando a una programmazione e formulazione comune delle politiche fondate su un dialogo condiviso e costante tra tutti gli attori coinvolti, istituzionali e non (Piselli 2005; Fedele, Moini 2006). In particolare su questo ultimo punto, i nuovi processi amministrativi basati su una maggiore integrazione tra gli attori istituzionali necessitano di una interazione continua e strutturale tra gli attori pubblici e privati, le istituzioni e l’associazionismo (Triglia 2005).

Ecco perché, definito questo quadro teorico-analitico, è necessario procedere a una mappatura completa delle relazioni istituzionali esistenti sul territorio, analizzando sia quelle di natura più integrativa (es. le Unioni di Comuni), sia quelle di natura più collaborativa (es. le gestioni associate).

A questo proposito, in merito alla parte empirica della nostra ricerca, il calcolo sulle Gestioni associate risale al 2013 ed è tratto dal report di ricerca stilato da SESCA per studiare il riordino amministrativo nel territorio della provincia di Pavia. Tale report risulta essere il più completo e aggiornato in merito al tema delle gestioni associate nella provincia di Pavia. Si è deciso di considerare le Ge-

stioni associate, anche se si tratta di una forma di integrazione meno stringente, perché rappresentano un passo avanti articolato rispetto alla semplice collaborazione, collocandosi a metà strada tra la collaborazione e la cooperazione, due dimensioni che si distinguono per il grado di istituzionalizzazione e di strutturazione normativa (Fedele, Moini 2006). Inoltre, possono fornirci utili *insight* rispetto all'avvio dei processi di collaborazione più stretta tra Comuni, di quali obiettivi si siano dati questi processi e tra quali attori siano stati delineati. Il potenziale conoscitivo risulta perciò molto interessante ai fini della nostra ricerca.

Se è vero che la gestione associata non ha una forte dimensione di integrazione come un'Unione o un Piano di Zona, è anche vero che prevede un percorso di definizione di obiettivi condivisi e di messa in comune di risorse. Il conteggio basato sulla fotografia del 2013 è comunque utile perché l'obbligatorietà dell'associazione delle funzioni per i Comuni inferiori ai 5.000 abitanti è stata prorogata al 31 dicembre 2015, quindi la dimensione della volontarietà e del percorso *in fieri* ci consentono di avere una fotografia interessante dello stato dell'articolazione della cooperazione sul territorio.

Forme di cooperazione stringente occorrono per approdare a una maggiore integrazione, e tale livello di integrazione può essere misurato con più efficacia osservando il livello di stratificazione istituzionale della governance e il modo in cui tali livelli interagiscono tra loro: questo è l'obiettivo dell'analisi sul territorio pavese effettuata in questo capitolo.

Nelle prossime pagine sarà presentata l'attuale composizione delle Gestioni associate e delle Unioni di Comuni dei nove Piani di Zona sia in termini di Comuni coinvolti, sia in termini di popolazione.³

Come si evince dalla tabella 10 sono quasi tutte Unioni piccole, sia dal punto di vista dei Comuni coinvolti sia dal punto di vista della popolazione, dato che nella maggior parte dei casi raggruppano 2 o 3 Comuni. L'unica eccezione rilevante è l'Unione del Basso pavese, che coinvolge 8 Comuni per un totale di 14.586 abitanti, e l'Unione Terre Viscontee - Basso Pavese, che consta di 5 Comuni e 11.744 abitanti. Le Unioni comprendono il 13% della popolazione dell'intera Provincia di Pavia e il 34% della popolazione residente in Comuni con meno di 5.000 abitanti. Il 33,5% dei Comuni della Provincia è attualmente parte di un'Unione di Comuni; infatti la provincia di Pavia è una delle province italiane con il più alto numero di Unioni.

³ Per quel che concerne le Gestioni associate mi limito a enumerare la quantità. Per una dettagliata ricostruzione del tipo di funzioni gestite in forma associata rimando al report di ricerca di SESCA, «Consorzio servizi comunali. Unioni e Gestioni Associate nei Comuni della Provincia di Pavia» del 2013. Per quel che concerne la popolazione i dati raccolti sono stati ottenuti incrociando i dati ISTAT aggiornati al 2015 (URL: <http://demo.istat.it/pop2015/index.html>) e quelli del sito URL: <http://www.comuniverso.it/index.cfm?menu=314> [data di accesso: 02/03/2016].

Tabella 10. Unioni di Comuni in Provincia di Pavia.

	Unione di Comuni	Numero Comuni aderenti	Numero abitanti
1	Agorà	2	2848
2	Alta Valle Versa	3	859
3	Basso Pavese	8	14586
4	Campospinoso e Albaredo Arnaboldi	2	1250
5	Cervesina, Pancarana e Pizzale	3	2268
6	Frascarolo e Torre Beretti e Castellaro	2	1787
7	Ferrera Erbognone, Pieve Albignola e Valeggio	3	2268
8	Lombarda Colline d'Oltrepo	2	959
9	Lombardi del Tidone Pavese	3	1141
10	Lomello e Galliaivola	2	2439
11	Oltrepadani	5	4859
12	Oltrepo Centrale	4	2723
13	Pieve Porto Morone, Badia, Monticelli Pavese	3	3777
14	Pieve del Cairo e Gambarana	2	2305
15	Prima Collina	3	2485
16	Santa Maria della Versa, Rovescala e Canevino	3	3453
17	San Zenone al Po e Spessa	2	1216
18	Terre Viscontee - Basso Pavese	5	11744
19	Valle del Po	2	3067
20	Verrua Po e Rea	2	1721
21	Zerbo e Costa de' Nobili	2	795
		63	68550

Fonte: Report SESCO 2013 aggiornato dall'autore con dati ANCITEL 2015.

4.3.1. Piano di Zona di Certosa

Il Piano di Zona di Certosa è composto da 24 Comuni e non vede al suo interno nessuna Unione di Comuni. Sono invece presenti tre Gestioni associate che coinvolgono un totale di 11 Comuni: Gestione associata tra i Comuni di Bereguardo, Trivolzio, Trovo, Vellezzo, Torre d'Isola e Marcignago (11.534 abitanti coinvolti), Gestione associata tra i Comuni di Ceranova, Lardirago, Roncaro, Sant'Alessio (5.736 abitanti), Gestione associata tra i Comuni di Bornasco e Zeccone (4.377 abitanti).

4.3.2. Piano di Zona di Corteolona

L'Ambito di Corteolona è composto da 25 Comuni e vede al suo interno ben quattro Unioni di Comuni – che coinvolgono una grossa porzione della popolazione del Piano, pari al 38,4% del totale degli abitanti – e due Gestioni associate che interessano una

popolazione totale di 19.872 persone⁴ (Gestione associata tra il Comune di Chignolo Po e l'Unione dei Comuni di Pieve Porto Morone, Badia Pavese e Monticelli Pavese, e Gestione associata tra i Comuni di Corteolona, Chignolo Po, Santa Cristina e Bissone e l'Unione dei Comuni di Pieve Porto Morone, Badia Pavese e Monticelli Pavese).

1. Unione dei Comuni Lombarda Terre Viscontee Basso Pavese - Belgioioso, Filighera, Torre de' Negri

Tabella 11. Dimensione demografica Unione di Comuni Lombarda Terre Viscontee Basso Pavese - Belgioioso, Filighera, Torre de' Negri.

Comune	Popolazione residente
Belgioioso	6.208
Filighera	878
Linarolo	2.816
Torre de' Negri	332
Valle Salimbene	1.510
<i>Totale Unione</i>	<i>11.744</i>

2. Unione dei Comuni di Pieve Porto Morone, Badia Pavese e Monticelli Pavese

Tabella 12. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Pieve Porto Morone, Badia Pavese e Monticelli Pavese.

Comune	Popolazione residente
Pieve Porto Morone	2.701
Badia Pavese	385
Monticelli Pavese	691
<i>Totale Unione</i>	<i>3.777</i>

3. Unione dei Comuni di San Zenone al Po e Spessa

Tabella 13. Dimensione demografica Unione dei Comuni di San Zenone al Po e Spessa.

Comune	Popolazione residente
San Zenone al Po	600
Spessa	616
<i>Totale Unione</i>	<i>1.216</i>

⁴ In questo totale sono da ricomprendere i cittadini che fanno parte dell'Unione dei Comuni di Pieve Porto Morone, Badia Pavese e Monticelli Pavese che è coinvolta in entrambe le Gestioni associate. Questo significa che i dati inerenti la popolazione presente in Gestione associata e in Unione dei Comuni si sovrappongono.

4. Unione dei Comuni di Zerbo e Costa de' Nobili

Tabella 14. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Zerbo e Costa de' Nobili.

Comune	Popolazione residente
Zerbo	434
Costa de' Nobili	361
<i>Totale Unione</i>	795

Tabella 15. Totale residenti in Unioni di Comuni nell'Ambito di Corteolona.

Unione di Comuni	Popolazione residente	% residenti rispetto all'Ambito
Lombarda Terre Viscontee Basso Pavese	11.744	25,7%
Pieve Porto Morone, Badia Pavese e Monticelli Pavese	3.777	8,3%
San Zenone al Po e Spessa	1.216	2,7%
Zerbo e Costa de' Nobili	795	1,7%
<i>Totale Unioni</i>	17.532	38,4%
<i>Totale Ambito</i>	45.592	

4.3.3. Piano di Zona di Pavia

L'Ambito di Pavia è composto da 12 Comuni e vede al suo interno due Gestioni associate, che coinvolgono sei Comuni, e nessuna Unione di Comuni. La prima Gestione associata è quella tra i Comuni di Travacò Siccomario e San Martino Siccomario e riguarda una popolazione totale di 10.507 abitanti, mentre la seconda è quella tra i Comuni di Cava Manara, Mezzana Rabattone, Sommo, San Martino Siccomario, Travacò Siccomario, Zinasco e interessa 22.161 abitanti.

4.3.4. Piano di Zona di Broni

All'interno del Piano di Zona di Broni, composto da 28 Comuni, troviamo un alto numero di rapporti istituzionali consolidati sotto forma di Unioni di Comuni e Gestioni Associate. Abbiamo infatti ben quattro Unioni e 13 Gestioni associate. Queste ultime coinvolgono 12 Comuni e due Unioni di Comuni. Inoltre il Comune di Ruino aderisce alla Comunità Montana dell'Oltrepò Pavese.

Le Gestioni associate all'interno del Piano di Broni sono:

1. Gestione associata fra i Comuni di Bosnasco, San Damiano al Colle e Rovescala (2.238 abitanti);
2. Gestione associata fra i Comuni di Bosnasco e San Damiano al Colle (1.329 abitanti);
3. Gestione associata fra i Comuni di Bosnasco, Arena Po, Portalbera, San Cipriano Po, Unione Spessa e San Zenone (5.486 abitanti);

4. Gestione associata fra i Comuni di Bosnasco, Montù Beccaria, Zenevredo e San Damiano (3.532 abitanti);
5. Gestione associata fra i Comuni di Bosnasco e Arena Po (2.262 abitanti);
6. Gestione associata fra i Comuni di Arena Po, San Cipriano, Portalbera, Unione Spessa e San Zenone (4.856 abitanti);
7. Gestione associata fra i Comuni di Montù Beccaria, Rovescala, San Damiano al Colle, Santa Maria della Versa, Unione di Prima Collina e Zenevredo (8.299 abitanti);
8. Gestione associata fra i Comuni di Arena Po e Zenevredo (2.105 abitanti);
9. Gestione associata fra i Comuni di Cigognola, Lirio, Pietra de' Giorgi, Redavalle (3.500 abitanti);
10. Gestione associata fra i Comuni di Pietra de Giorgi, Cigognola (2.268 abitanti);
11. Gestione associata fra i Comuni di Lirio e Cigognola (1.500 abitanti);
12. Gestione associata fra i Comuni di Redavalle e Stradella (12.740 abitanti);
13. Gestione associata fra i Comuni di Portalbera e San Cipriano Po (2.008).

Le quattro Unioni di Comuni del Piano di Zona di Broni sono riportate di seguito.

1. Unione dei Comuni di Campospinoso e Albaredo Arnaboldi

Tabella 16. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Campospinoso e Albaredo Arnaboldi.

Comune	Popolazione residente
Campospinoso	1.005
Albaredo Arnaboldi	245
<i>Totale Unione</i>	795

2. Unione dei Comuni di Santa Maria della Versa, Rovescala e Canevino

Tabella 17. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Santa Maria della Versa, Rovescala e Canevino.

Comune	Popolazione residente
Canevino	108
Rovescala	900
Sanata Maria della Versa	2.445
<i>Totale Unione</i>	3.453

3. *Unione dei Comuni di Prima Collina, che comprende i Comuni di Canneto Pavese, Castana e Montescano*

Tabella 18. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Prima Collina.

Comune	Popolazione residente
Canneto Pavese	1.368
Castana	720
Montescano	397
<i>Totale Unione</i>	<i>2.485</i>

4. *Unione dei Comuni di Alta Valle Versa, che comprende i Comuni di Volpara, Golferenzo, Montecalvo Versiggia*

Tabella 19. Dimensione demografica Unione dei Comuni dell'Alta Valle Versa.

Comune	Popolazione residente
Golferenzo	197
Montecalvo Versiggia	529
Volpara	133
<i>Totale Unione</i>	<i>859</i>

Tabella 20. Totale residenti in Unioni di Comuni nell'Ambito di Broni.

Unione di Comuni	Popolazione residente	% residenti rispetto all'Ambito
Unione dei Comuni di Campospinoso e Albaredo Arnaboldi	795	1,9%
Unione dei Comuni di Santa Maria della Versa, Rovescala e Canevino	3.453	8,5%
Unione dei Comuni di Prima Collina	2.485	6,1%
Unione dei Comuni di Alta Valle Versa	859	2,1%
<i>Totale Unioni</i>	<i>7.592</i>	<i>18,6%</i>
<i>Totale Ambito</i>	<i>40.716</i>	

Il Piano di Zona di Broni, composto da 28 Comuni distribuiti in un contesto che alterna zona pianeggiante a zona collinare, si caratterizza per un'ampia frammentazione che vede la gran parte della sua popolazione di 40.716 abitanti, dislocata in Comuni di piccole o piccolissime dimensioni. Tolle le cittadine di Broni e Stradella, che hanno rispettivamente 9.417 e 11.638 abitanti, tutti gli altri 26 Comuni si collocano abbondantemente sotto la soglia dei 3.000 abitanti; ben 19 hanno una popolazione inferiore ai 1.000 abitanti.

Ecco perché, tolti i 21.055 abitanti delle due maggiori città (una popolazione che rappresenta il 51,7% dell'intera popolazione dell'Ambito), ben il 48,3% dei cittadi-

ni abitano al di fuori del contesto urbano. Per questo motivo è così frequente trovare forme di cooperazione istituzionale stretta tra i vari piccoli Comuni dell'Ambito; 4 Unioni e 13 Gestioni associate sono un record tra i 9 Piani della provincia.

Queste forme più (le Unioni) o meno (le Gestioni associate) integrate di cooperazione servono quindi per supplire ai limiti amministrativi che incontrano i Comuni di dimensioni micro come quelli dell'Ambito, ormai impossibilitati a fornire ai cittadini l'intera gamma di servizi necessari (quindi non solo quelli legati strettamente al welfare).

Vediamo come 7.592 cittadini, ossia quasi il 20% dell'intera popolazione del Distretto, faccia parte di Unioni di Comuni, con 11 Comuni coinvolti (il 39% dei Comuni del Piano). Di questi 11 Comuni in Unione, 8 hanno una popolazione sotto i 1.000 abitanti, e il solo Comune di Santa Maria della Versa ha una popolazione più elevata, superando le 2.000 unità.

4.3.5. Piano di Zona di Casteggio

Il Piano di Zona di Casteggio, composto da 28 Comuni, ha all'interno del suo territorio tre Unioni di Comuni, che raccolgono un totale di nove Comuni, e tre Gestioni associate, che interessano sette Comuni. Inoltre quattro Comuni dell'Ambito – Borgoratto Mormorolo, Borgo Priolo, Fortunago e Montalto Pavese – fanno parte della Comunità Montana dell'Oltrepò Pavese (composta da un totale di 19 Comuni).

Le Gestioni associate all'interno del Piano di Casteggio sono:

1. Gestione associata fra i Comuni di Bressana Bottarone e Robecco Pavese (4.127 abitanti coinvolti);
2. Gestione associata fra i Comuni di Bressana Bottarone e Casatisma (4.461 abitanti coinvolti);
3. Gestione associata fra i Comuni di Casanova Lonati, Santa Giuletta, Rocca de Giorgi, Calvignano, Barbianello (3.230 abitanti coinvolti).

Le tre Unioni di Comuni presenti nel Piano sono riportate di seguito.

1. Unione dei Comuni di Cervesina, Pancarana e Pizzale

Tabella 21. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Cervesina, Pancarana e Pizzale.

Comune	Popolazione residente
Cervesina	1.229
Pancarana	322
Pizzale	726
<i>Totale Unione</i>	<i>2.277</i>

2. Unione dei Comuni Lombardi dell'Oltrepò Centrale

Tabella 22. Dimensione demografica Unione dei Comuni Lombardi dell'Oltrepò Centrale.

Comune	Popolazione residente
Corvino San Quirico	1.049
Mornico Losana	655
Oliva Gessi	180
Torricella Verzate	839
<i>Totale Unione</i>	<i>2.723</i>

3. Unione dei Comuni Agorà

Tabella 23. Dimensione demografica Unione dei Comuni Agorà.

Comune	Popolazione residente
Lungavilla	2.457
Verretto	391
<i>Totale Unione</i>	<i>2.848</i>

Tabella 24. Totale residenti in Unioni di Comuni nell'Ambito di Casteggio.

Unione di Comuni	Popolazione residente	% residenti rispetto all'Ambito
Unione dei Comuni di Cervesina, Pancarana e Pizzale	2.277	6,6%
Unione dei Comuni Lombardi dell'Oltrepò Centrale	2.723	7,9%
Unione dei Comuni Agorà	2.848	8,2%
<i>Totale Unioni</i>	<i>7.848</i>	<i>22,7%</i>
<i>Totale Ambito</i>	<i>34.621</i>	

Il Piano di Zona di Casteggio è molto simile a quello di Broni per quel che concerne il livello di frammentazione amministrativa – 28 Comuni – e difformità morfologica, con forte alternanza tra zone pianeggianti e collinari. Infatti, in questa seconda fascia orografica, troviamo quattro Comuni dell'Ambito che aderiscono alla Comunità Montana dell'Oltrepò Pavese. L'Ambito di Casteggio è, tra i 9 Piani, quello meno popoloso, e come il Piano di Broni ha un'elevata dispersione della popolazione in Comuni di piccole e piccolissime dimensioni. Dei 28 Comuni che compongono l'Ambito, ben 15 si collocano sotto la soglia dei 1.000 abitanti e soltanto due, Bressana Bottarone e Casteggio, hanno una popolazione superiore ai 3.000.

Questo ci spiega il buon numero di Unioni di Comuni (tre) che raccolgono oltre il 22% della popolazione dell'intero Ambito. Sorprende invece il numero ridotto di

Gestioni associate che sarebbe stato lecito attendersi, in particolare tenendo conto della comparazione con l'Ambito di Broni che, per struttura dei Comuni, frammentazione e numerosità della popolazione, è molto simile al Piano di Casteggio.

Tabella 25. Comuni dell'Ambito di Casteggio aderenti alla Comunità Montana.

Comune aderente alla Comunità Montana	Popolazione residente
Borgoratto Mormorolo	430
Borgo Priolo	1.398
Fortunago	384
Montalto Pavese	895
<i>Totale</i>	<i>3.107</i>

4.3.6. Piano di Zona di Voghera

Il Piano di Zona di Voghera, composto da 23 Comuni, vede al suo interno una sola Unione di Comuni e una sola Gestione associata. Benché ci sia una sola Gestione associata, questa coinvolge i 14 Comuni della Comunità Montana per un totale di oltre 13.000 cittadini. In compenso, ben 14 Comuni del Distretto fanno parte della Comunità Montana dell'Oltrepò Pavese.

Tabella 26. Dimensione demografica della Gestione associata tra i Comuni della Comunità Montana.

Comuni associati	Popolazione residente
Bagnaria	696
Brallo di Pregola	638
Cecima	238
Godiasco-Salice Terme	3.224
Menconico	367
Montesegale	295
Ponte Nizza	827
Rocca Susella	253
Romagnese	692
Santa Margherita di Staffora	488
Val di Nizza	651
Valverde	312
Varzi	3.338
Zavattarello	1.001
<i>Totale</i>	<i>13.020</i>

L'Unione di Comuni presente nell'Ambito di Voghera è quella dei Comuni Oltrepadani.

Tabella 27. Dimensione demografica dell'Unione dei Comuni Oltrepadani.

Comune	Popolazione residente
Corana	811
Silvano Pietra	678
Cornale e Bastida	885
Casei Gerola	2.545
<i>Totale Unione</i>	<i>4.919</i>

Nel Piano di Zona di Voghera risiedono 66.798 persone, di cui la maggior parte nella città di Voghera che, con i suoi 39.356 abitanti, raccoglie ben il 59% della popolazione totale dell'Ambito. Con questi numeri Voghera assume una posizione naturalmente egemone in un contesto – come negli altri due Ambiti dell'Oltrepò – caratterizzato da grande frammentazione amministrativa e da Comuni molto piccoli. Tolta Rivanazzano, che supera di poco i 5.000 abitanti, abbiamo solo altri sette Comuni che superano i 1.000 abitanti; gli altri 14 Comuni del Piano sono tutti sotto questa soglia.

L'Unione dei Comuni Oltrepadani, con i suoi 4.919 abitanti, rappresenta il 7,4% della popolazione dell'Ambito, mentre la Comunità Montana raccoglie il 19,5% della popolazione del Piano. Considerando il ruolo della città di Voghera, posta al centro della rete di piccoli Comuni del Piano, il ruolo dell'Unione dei Comuni Oltrepadani e quello della Comunità Montana, vediamo come la quasi totalità della popolazione viva all'interno di una struttura amministrativa e di governance che garantisce un presidio forte in termini di erogazione di servizi. L'Unione e la Comunità Montana rappresentano, con i loro 18.000 abitanti, il 27% della popolazione del Piano.

4.3.7. Piano di Zona di Garlasco

Il Piano di Zona di Garlasco vede al suo interno una rete di governance istituzionalizzata particolarmente fitta, potendo contare su quattro Unioni di Comuni, con la particolarità che l'Unione di Frascarolo e Torreberetti vede solo il primo Comune parte dell'Ambito di Garlasco, dato che Torreberetti fa parte di quello di Mortara.⁵ Le Gestioni associate sono invece sei:

1. Gestione associata tra i Comuni di Alagna e Garlasco (10.776 abitanti coinvolti);

⁵ Non essendoci un capofila, questa Unione di Comuni verrà conteggiata sia per il Piano di Garlasco, sia per quello di Mortara.

2. Gestione associata tra i Comuni di Borgo San Siro, Ottobiano, Suardi e Tromello (6.675 abitanti coinvolti);
3. Gestione associata tra i Comuni di Borgo San Siro, Ottobiano, San Giorgio di Lomellina e Tromello (7.166 abitanti coinvolti);
4. Gestione associata tra i Comuni di Breme, Frascarolo, Sartirana e Semiana (3.971 abitanti coinvolti);
5. Gestione associata tra i Comuni di Semiana e Valle Lomellina (2.395 abitanti);
6. Gestione associata tra i Comuni di Lomello e Velezzo (2.340 abitanti).

Le quattro Unioni di Comuni presenti nel Piano sono riportate di seguito.

1. *Unione dei Comuni di Pieve del Cairo e Gambarana*

Tabella 28. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Pieve del Cairo e Gambarana.

Comune	Popolazione residente
Pieve del Cairo	2.085
Gambarana	220
<i>Totale Unione</i>	<i>2.305</i>

2. *Unione dei Comuni Ferrera Erbognone, Pieve Albignola e Valeggio*

Tabella 29. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Ferrera Erbognone, Pieve Albignola e Valeggio.

Comune	Popolazione residente
Ferrera Erbognone	1.165
Pieve Albignola	883
Valeggio	220
<i>Totale Unione</i>	<i>2.268</i>

3. *Unione dei Comuni di Lomello e Galliavola*

Tabella 30. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Lomello e Galliavola.

Comune	Popolazione residente
Lomello	2.227
Galliavola	212
<i>Totale Unione</i>	<i>2.439</i>

4. Unione dei Comuni di Frascarolo e Torreberetti

Tabella 31. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Frascarolo e Torreberetti.

Comune	Popolazione residente
Frascarolo	1.206
Torreberetti (PdZ Mortara)	581
<i>Totale Unione</i>	<i>1.787</i>

Tabella 32. Totale residenti in Unioni di Comuni nell'Ambito di Garlasco.

Unione di Comuni	Popolazione residente	% residenti rispetto all'Ambito
Unione dei Comuni di Pieve del Cairo e Gambarana	2.305	4,1%
Unione dei Comuni di Ferrera Erbognone, Pieve Albignola e Valeggio	2.268	4,1%
Unione dei Comuni di Lomello e Gallivola	2.439	4,3%
Unione dei Comuni di Frascarolo e Torreberetti (conteggiamo solo la popolazione di Frascarolo)	1.206	2,2%
<i>Totale Unioni</i>	<i>8.218</i>	<i>14,7%</i>
<i>Totale Ambito</i>	<i>55.780</i>	

L'Ambito di Garlasco è quello con il maggior numero di Comuni nel Distretto Lomellina, ossia 27. L'Ambito è composto per lo più da Comuni di dimensioni medio-piccole; 16 Comuni sono sopra i 1.000 abitanti (e 11 sotto questa soglia, il 40,7%), ma soltanto cinque di questi superano la soglia dei 3.000 abitanti. Un tale livello di frammentazione, associato alla presenza di un Comune capofila di dimensioni medie, spiega in parte la presenza di sei Gestioni associate e quattro Unioni di Comuni. Bisogna anche notare che, comparata la frammentarietà dell'Ambito con quella di Piani di Zona simili per numero di Comuni come Casteggio e Broni, era forse possibile aspettarsi numeri ancora più elevati, specie per quel che concerne le Gestioni associate.

4.3.8. Piano di Zona di Mortara

Il Piano di Zona di Mortara vede al suo interno 12 Gestioni associate e una sola Unione di Comuni, che però ha la particolarità di avere uno dei due componenti dell'Unione parte dell'Ambito di Garlasco.

Le 12 Gestioni associate tra i Comuni dell'Ambito sono:

1. Gestione associata tra i Comuni di Candia, Cozzo e Langosco (2.372 abitanti);
2. Gestione associata tra i Comuni di Castelnovetto, Nicorvo (974 abitanti);

3. Gestione associata tra i Comuni di Castelnuovo e Rosasco (1.223 abitanti);
4. Gestione associata tra i Comuni di Ceretto e Cilavegna (5.854 abitanti);
5. Gestione associata tra i Comuni di Ceretto, Cilavegna e Sant'Angelo (6.686 abitanti);
6. Gestione associata tra i Comuni di Cergnago, Castello d'Agogna, Nicorvo e Sant'Angelo (3.091 abitanti);
7. Gestione associata tra i Comuni di Confienza e Palestro (3.664 abitanti);
8. Gestione associata tra i Comuni di Cozzo e Candia (1.947 abitanti);
9. Gestione associata tra i Comuni di Cozzo e Robbio (6.444 abitanti);
10. Gestione associata tra i Comuni di Parona e Sant'Angelo (2.807 abitanti);
11. Gestione associata tra i Comuni di Albonese, Parona, Rosasco e Zeme (4.248 abitanti);
12. Gestione associata tra i Comuni di Albonese, Olevano, Parona, Rosasco e Zeme (4.996 abitanti).

L'Unione di Comuni presente nel Piano è quella di Frascarolo e Torreberetti.

Tabella 33. Dimensione demografica Unione dei Comuni di Frascarolo e Torreberetti.

Comune	Popolazione residente
Frascarolo (PdZ Garlasco)	1.206
Torreberetti	581
<i>Totale Unione</i>	1.787

Con 20 Comuni a comporre il Piano di Zona di Mortara, possiamo notare che il principale strumento di cooperazione istituzionalizzata su cui poggia la governance dei Comuni dell'Ambito è la Gestione associata. Ben 12 Gestioni creano una fitta rete cooperativa tra i Comuni più piccoli del Piano che si associano a seconda delle diverse necessità per l'erogazione dei servizi.

L'Unione dei Comuni, ossia la forma di integrazione più stretta, è praticamente assente dato che l'unica Unione ha la peculiarità di vedere uno dei due contraenti essere parte di un altro Piano, motivo per il quale è di minore importanza ai fini della nostra mappatura analitica.

4.3.9. Piano di Zona di Vigevano

Il Piano di Zona di Vigevano non ha al suo interno Unioni di Comuni o Gestioni associate tra i Comuni dell'Ambito.

4.3.10. Un modello interpretativo degli Ambiti della provincia di Pavia. Verso una tipologia dei Piani di Zona

Tabella 34. Caratteristiche dei PdZ.

Piani di Zona (n. di Comuni e popolazione totale)	Relazioni di governance esistenti				Numero di Comuni coinvolti in relazioni di governance	
	Gestioni associate	Unioni di Comuni	Comunità Montana	Totale	Assoluto	Percentuale
Certosa, 24 Comuni, 74.594 abitanti	3	0	0	3	11	45,8%
Corteolona, 25 Comuni, 45.804 abitanti	2	4	0	6	12	48%
Pavia, 12 Comuni, 103.769 abitanti	2	0	0	2	6	50%
Broni, 28 Comuni, 40.716 abitanti	13	4	1	18	24	85,7%
Casteggio, 28 Comuni, 34.621 abitanti	3	3	1	7	20	71,4%
Voghera, 23 Comuni, 66.798 abitanti	1	1	1	3	18	78,3%
Garlasco, 27 Comuni, 55.780 abitanti	6	4	0	10	21	77,8%
Mortara, 20 Comuni, 42.785 abitanti	12	1	0	13	18	90%
Vigevano, 5 Comuni, 83.298 abitanti	0	0	0	0	0	0%

Nelle pagine precedenti si è provveduto a compiere una ricostruzione approfondita di tre dimensioni che possono incidere sulle caratteristiche dei Piani di Zona: la popolazione, la struttura dei Piani e le relazioni istituzionalizzate di governance non strettamente collegate al funzionamento dei Piani. La tabella 34 cerca di riassumere in modo succinto e analitico queste dimensioni.

Ricostruendo le caratteristiche di queste tre dimensioni, appare evidente come tendano a incrociarsi in modo sostanziale, definendo così una rete di rapporti (più o meno istituzionalizzati) che caratterizzano in modo diverso i vari Piani.

Il dato più evidente – e banale – che possiamo scorgere sono le differenze dal punto di vista della popolazione che fanno capo ai 9 Ambiti. Dal punto di vista della popolazione aggregata osserviamo ordini di grandezza alquanto diversi e che, con uno sforzo di parsimonia e classificazione, potremmo pensare di suddividere in tre categorie di grandezza:

- *PdZ piccoli*. Popolazione inferiore ai 60.000 abitanti. In questa categoria rientrano Corteolona, Broni, Casteggio, Garlasco e Mortara.
- *PdZ medi*. Popolazione compresa tra i 60.001 e gli 80.000 abitanti. In questa categoria rientrano Certosa e Voghera.
- *PdZ grandi*. Popolazione superiore agli 80.001 abitanti. In questa categoria rientrano Pavia e Vigevano.

Questa suddivisione, basata esclusivamente sulla popolazione, non dice molto dal punto di vista analitico ma consente di mettere un primo tassello chiarificatore: nella provincia di Pavia la maggior parte dei Piani, 5 su 9, ha un numero contenuto di abitanti e deve quindi gestire un diverso tipo di erogazione dei servizi rispetto agli utenti.

Procedendo con questa prima classificazione osserviamo che i due Piani sostanzialmente più popolosi sono quelli con le città nettamente più grandi della provincia: Pavia, con 71.297 abitanti, e Vigevano, con 63.268 abitanti. Queste due città, da sole, hanno più abitanti di ben 5 Ambiti interi; la terza città più popolosa della provincia, Voghera, si 'ferma' a 39.356, notevolmente più indietro rispetto a Pavia e Vigevano.

Dal punto di vista della nostra classificazione, questa evidenza è banale e intuitiva, ossia i Piani con le città più grandi hanno una popolosità più elevata. Il dato più interessante è invece la numerosità dei Comuni aderenti ai due Piani più popolosi: i Piani di Pavia e Vigevano sono quelli più piccoli dal punto di vista dei Comuni aderenti, fermandosi il primo a 12 Comuni e il secondo addirittura a 4.

Questo elemento ci consente di fare un passo avanti nella nostra riflessione, aggiungendo un ulteriore criterio. I due PdZ più grandi sono quelli che godono di una dispersione amministrativa nettamente inferiore rispetto agli altri 7. Con dispersione amministrativa voglio qui riferirmi a un concetto che racchiude in sé due dimensioni: il numero di Comuni e l'erogazione di servizi. In un contesto caratterizzato da una grande frammentazione amministrativa, è evidente che il modello di erogazione di servizi in rete sarà diverso rispetto a una condizione di maggiore concentrazione.

A questo punto è possibile costruire un'altra categoria legata al numero di Comuni presenti sui piani e che, come per il caso della popolazione, possiamo porre su un *continuum* che vede da un lato la concentrazione e dall'altro la frammentazione amministrativa. La scala che costruiamo è evidentemente piegata alle nostre necessità di misurazione, non potendo pensare di applicare una scala basata su due poli idealtipici rispetto al contesto provinciale, ossia un polo che rappresenti la massima concentrazione amministrativa e che vede un solo Comune, e un altro polo che vede la frammentazione massima ossia un Piano con 188 Comuni (la totalità della provincia).

La nostra scala, ponderata sulle grandezze reali degli Ambiti pavesi, serve a costruire una categorizzazione aderente alla realtà dei nostri Piani. Considerando

una scala che va dal polo minimo di 4 Comuni (Ambito di Vigevano) a un polo massimo di 28 (Broni, Casteggio), possiamo individuare in 17 Comuni il punto di equilibrio che divide idealmente i Piani di Zona caratterizzati da una maggiore concentrazione da quelli definiti da un maggior grado di frammentazione.

L'altra dimensione fondamentale per provare a costruire una tipologia dei Piani è quella dei modelli di governance e/o relazioni istituzionali pregresse – e indipendenti dalla governance del Piano – che troviamo all'interno di ogni singolo Ambito. Queste forme cooperative, anche se separate dalla governance del Piano e da essa indipendenti, sono molto utili per capire il livello di integrazione già presente all'interno dei territori dei singoli Piani, consentendoci di ottenere una fotografia chiara e netta della rete istituzionale che si dipana nella realtà locale. In questo modo è possibile costruire una tipologia in grado di interpretare la realtà istituzionale di governance dei Piani, fornendo anche un quadro unitario delle relazioni istituzionalizzate nel territorio provinciale. In questo modo diventa possibile valutare il grado di cooperazione e integrazione delle realtà istituzionali.

Per costruire questo spazio si è deciso di misurare il numero di Comuni – per ogni singolo Piano di Zona – coinvolti in relazioni istituzionali di governance: a questo scopo la tabella 34 fornisce un indispensabile riassunto di queste forme cooperative misurandone la numerosità. Per costruire la nostra tipologia impiegheremo il dato percentuale, utilizzando la soglia del 60% dei Comuni del PdZ coinvolti in altre reti istituzionalizzate di governance, come soglia per dividere i Piani con una diffusione contenuta di rapporti istituzionalizzati, rispetto a quelli con una rete più fitta di rapporti.

Osservando questa dimensione vediamo come il caso limite sia quello del PdZ di Vigevano che si colloca a zero, non avendo al suo interno alcuna altra forma di rapporto di governance istituzionalizzata. All'estremo opposto c'è Mortara, che con il suo 90% di Comuni del Piano aderenti ad altre reti istituzionali, rappresenta il caso di maggiore integrazione multidimensionale. Curioso è il fatto che questi due Piani, totalmente diversi, siano parte dello stesso Distretto. I Piani del Distretto Pavese si collocano tutti sotto la soglia del 60%, mentre quelli del Distretto Oltrepò hanno tutti un *rate* che si aggira tra il 70% e l'80% dei Comuni del Piano aderenti a relazioni istituzionali al di fuori del PdZ che si occupa delle politiche sociali. Questo significa che in questi due Distretti c'è una certa omogeneità nella struttura di governance, definita da un buon livello di intreccio tra diverse reti che presidiano il territorio.

In questo modo abbiamo costruito le variabili che possiamo incrociare per costruire le nostre tipologie interpretative dei Piani di Zona, definendo categorie che siano mutualmente esclusive e quindi affidabili da un punto di vista metodologico. In questo modo possiamo capire come sono le reti istituzionali di governance presenti sul territorio, e quindi i *policy network* che si intrecciano

e mobilitano risorse all'interno e attraverso arene differenti ma che spesso sono contigue e agiscono in prossimità.

Per costruire la nostra tipologia incroceremo il dato delle relazioni istituzionalizzate già presenti sul territorio – fondamentale perché è in grado di dirci il grado di cooperazione e integrazione istituzionale extra Piano – con il grado di frammentazione/concentrazione, ossia il numero di Comuni per Piano (il grado di diffusione sul territorio).

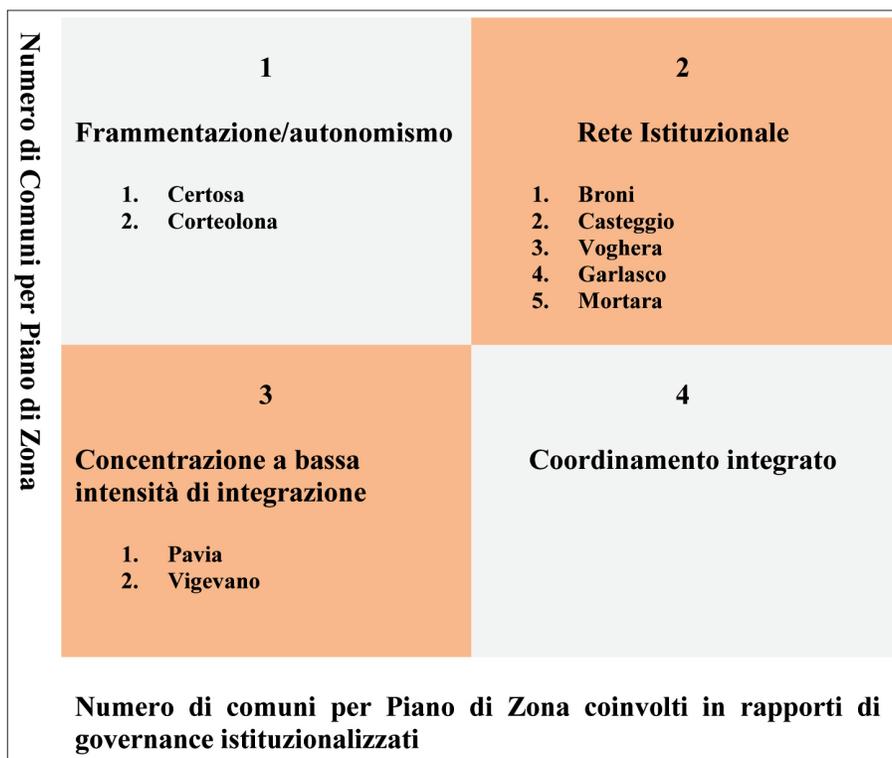


Figura 2. Tipologia dei Piani di Zona.

Quadrante 1. *Frammentazione/autonomismo*. Qui troviamo quei Piani di Zona che hanno un alto livello di frammentazione amministrativa con molti Comuni aderenti all'Ambito – spesso di piccole dimensioni – e pochi Comuni con rapporti istituzionalizzati preesistenti. In questo quadrante sembra prevalere l'aspetto dell'autonomismo, con molti Comuni e poche strutture di governance istituzionalizzate: il Piano di Zona è lo strumento di governance del territorio più 'avanzato'. Qui ci sono i Piani di Certosa e Corteolona.

Quadrante 2. *Rete Istituzionale*. Qui troviamo i Piani con molti Comuni e un alto numero di Comuni inseriti in rapporti istituzionalizzati che tendono così a integrare realtà amministrative diffuse. Questo crea una rete altamente istituzionalizzata nel territorio, andando a delineare un sistema di governance complessa dove più attori/livelli interagiscono e cooperano in una rete articolata. Qui troviamo i Piani di Broni, Casteggio, Voghera, Garlasco e Mortara.

Quadrante 3. *Concentrazione a bassa intensità di integrazione*. Questi sono i Piani che hanno un basso numero di Comuni aderenti e un basso numero di Comuni parte di altre forme associative. Ciò significa che siamo in presenza di una grande concentrazione istituzionale, di norma veicolata dalla presenza di un grande Comune capofila in posizione di 'baricentro', spesso attorniato da Comuni di medie dimensioni. In questo quadrante troviamo Pavia e Vigevano.

Quadrante 4. *Coordinamento integrato*. In questo quadrante abbiamo i Piani caratterizzati dalla presenza di pochi Comuni, in largo numero aderenti a rapporti di cooperazione istituzionalizzata. Questo significa che, nonostante il basso numero di attori istituzionali, questi tendono a costruire molteplici rapporti cooperativi. Qui è lecito pensare di trovare Piani con pochi Comuni di piccole e medie dimensioni che intrecciano le loro competenze e risorse scarse per fornire servizi. Questo tipo è residuale per la provincia di Pavia, dato che nessun Piano vi rientra.

Questa tipologizzazione ci consente di osservare in quale modo è strutturato il governo del territorio nella provincia di Pavia, e come gli uffici di Piano che si occupano della programmazione delle politiche sociali vedono all'interno dei propri 'confini amministrativi' altre forme di cooperazione che definiscono l'assetto della governance locale. Grazie alla tipologia possiamo apprezzare come i Piani di Zona e i Comuni al loro interno stiano dando diverse risposte ai nuovi bisogni di governo del territorio, in accordo rispetto ai diversi dati strutturali che li caratterizzano, come la maggiore o minore dispersione amministrativa.

Osserviamo come la maggior parte dei Piani, cinque su nove, e dei Comuni della provincia, 138 su 188, si collochino nel quadrante 'Rete istituzionale', dimostrando come a un alto livello di frammentazione amministrativa, all'emersione di nuovi bisogni e a una generale contrazione delle risorse disponibili, il territorio risponda sfruttando la possibilità di creare reti istituzionali e stringendo i legami cooperativi. Questo dipinge un territorio che tende a privilegiare un modello di governance strutturata – anche su diversi livelli – fondata su reti in grado di coinvolgere i diversi attori presenti (in questo caso bisogna pensare anche ai privati e al Terzo Settore).

Un territorio come quello della provincia di Pavia, che ha una struttura complessa, sia in termini morfologici che di frammentazione amministrativa, rispon-

de alle sfide contemporanee con un modello di governance comprensibilmente articolata, che si differenzia in base alle diverse realtà territoriali. Il dato comune è però quello della presenza di reti di governance consolidate e articolate, che interagiscono tra loro per rispondere a una serie di sfide sempre più complesse che gli Enti locali si trovano ad affrontare in provincia di Pavia come nel resto del paese. Questi problemi sono soprattutto la carenza di risorse, i riassetti di governance e i bisogni sociali – vecchi e nuovi – sempre più pressanti. Tali problemi sono di particolare rilevanza perché sfidano sia il modello di welfare esistente, sia gli assetti istituzionali volti a programmare ed erogare i servizi, incidendo quindi anche sulla qualità delle funzioni in carico alle istituzioni democratiche (Ferrera 1993; Putnam 1993; March, Olsen 1995; Kooyman 2003; Skocpol 2003; Ferrera 2006).

Riferimenti bibliografici

- Ansell C. (2000), *The networked Polity*, «Governance», 13, pp. 303-333.
- Barca F. (2006), *Istituzioni e sviluppo: lezioni dal caso italiano*, «Stato e Mercato», 76, pp. 4-13.
- Bifulco L. (2005), *Le politiche sociali*, Roma, Carocci.
- Bifulco L. (2014), *Citizenship and governance at a time of territorialization: the Italian local welfare between innovation and fragmentation*, «European Urban and Regional Studies», 14, pp. 1-17.
- Bifulco L., L. Centemeri (2007), *La partecipazione dei Piani sociali di zona: geometrie variabili di governance locale*, «Stato e Mercato», 80, pp. 221-244.
- Bifulco L., L. Centemeri (2008), *Governance and participation in local welfare: the case of the Italian Piani di Zona*, «Social and Policy Administration», 3, pp. 211-227.
- Brenner N. (2005), *Governance urbana e nuovi spazi dello Stato in Europa occidentale*, «La Rivista delle Politiche Sociali», 2, pp. 27-50.
- Campedelli M. (1998), *Del welfare municipale*, «Animazione Sociale», 124, pp. 23-30.
- Della Sala V., C. Ruzza (2007), *Governance and civil society*, Manchester, Manchester University Press.
- Easton D. (1953), *The Political System: An Inquiry into the State of Political Science*, New York, Alfred A. Knopf.
- Easton D. (1965), *A Systems Analysis of Political Life*, New York, Wiley.
- Fedele M. (2002), *Il management delle politiche pubbliche*, Roma-Bari, Laterza.
- Fedele M. (2005), *Le basi istituzionali del welfare locale*, «La Rivista delle Politiche Sociali», 2, pp. 89-102.

- Fedele M., G. Moini (2006), *Cooperare conviene? Intercomunalità e politiche pubbliche*, «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», 1, pp. 71-98.
- Ferrera M. (1993), *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, il Mulino.
- Ferrera M. (2006), *Le politiche sociali*, Bologna, il Mulino.
- Folgheraiter F. (2006), *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di Zona)*, Trento, Edizioni Erickson.
- Friedberg E. (1993), *Il potere e la regola*, Milano, Etas libri.
- Hirst P. (2000), *Democracy and governance*, in *Debating governance*, a cura di Pierre J., Oxford, Oxford University Press, pp. 13-35.
- Hollingsworth J.R., P. Schmitter, W. Streeck (1994), *Governing capitalist economies: performance and control of economic sectors*, Oxford, Oxford University Press.
- Hooghe L., G. Marks (2001), *Multilevel governance and European integration*, Boston, Rowman & Littlefield Publishers.
- Hulst R., A. van Montfort (2007), *Inter-municipal cooperation: a widespread phenomenon in Inter - municipal cooperation in Europe*, a cura di Hulst R., A. van Montfort, Dordrecht, Springer, pp. 1-21.
- Kooiman J. (2003), *Modern Governance. New Government-Society Interactions*, London, Sage.
- Lowndes V., C. Skelcher (1998), *The dynamics of multi-organisational partnerships: an analysis of changing modes of governance*, «Public Administration», 76, pp. 313-333.
- March J., J. Olsen (1989), *Rediscovering institutions: the organizational basis of politics*, New York, Free Press.
- March J., J. Olsen (1995), *Governare la democrazia*, Bologna, il Mulino.
- Montanelli R., A. Turrini (2006), *La governance locale nei servizi sociali*, Milano, Egea.
- Osborne D., T. Baebler (1992), *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Reading, MA, Addison-Wesley.
- Pfau-Effinger B. (2005), *Culture and Welfare Policies: a Complex Interrelation*, «Journal of Social Policy», 34/1, pp. 3-20.
- Piani di zona di Broni, Casteggio, Certosa, Corteolona, Garlasco, Mortara, Pavia, Vigevano e Voghera (2015), Documenti di Piano della triennalità 2015-2017.
- Pierson P. (2000), *Increasing returns, path dependence and the study of politics*, «The American Political Science Review», 2, pp. 251-267.
- Piselli F. (2005), *Capitale sociale e società civile nei nuovi modelli di governance locale*, «Stato e Mercato», 75, pp. 455-485.
- Putnam R. (1993), *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Milano, Mondadori.

- Rhodes R. (1996), *The new governance: governing without government*, «Political Studies», 44/3, pp. 652-667.
- Rhodes R. (1997), *Understanding governance*, Buckingham, Open University Press.
- Salvati E. (2015), *Analisi dei Servizi Prima Infanzia nel Distretto Lomellina*, in *Welfare Locale tra Continuità e Innovazione. I Servizi Prima Infanzia in provincia di Pavia*, a cura di Previtali P., P. Favini, Pavia, Pavia University Press, pp. 141-180.
- Selznick P. (1984), *La leadership nelle organizzazioni*, Milano, Franco Angeli.
- SESCA (2013), *Consorzio servizi comunali. Unioni e Gestioni Associate nei Comuni della Provincia di Pavia*, Report di ricerca.
- Simon H. (1958), *Il comportamento amministrativo*, Bologna, il Mulino.
- Simon H. (1985), *Casualità, razionalità, organizzazione*, Bologna, il Mulino.
- Skocpol T. (2003), *Diminished Democracy: From Membership to Management in American Civic Life*, Norman, University of Oklahoma.
- Spalla F. (2005), *L'analisi del decentramento urbano*, in *Studi in Onore di Mario Stoppino*, a cura di Fedel G., Milano, Giuffrè, pp. 131-140.
- Spalla F. (2012), *Il governo locale in Italia*, Milano, Mc Graw-Hill.
- Spalla F. (2013), *Deframmentazione istituzionale e cooperazione sistemica locale. Comuni e province in trasformazione*, «Il Politico», 1, pp. 184-194.
- Stoker G. (1998), *Governance: five propositions*, «International Social Science Journal», 50, pp. 17-28.
- Triglia C. (2005), *Sviluppo locale. Un progetto per l'Italia*, Roma-Bari, Laterza.

Capitolo 5

PERFORMANCE ED EFFICACIA DELLA PIANIFICAZIONE IN PROVINCIA DI PAVIA: UN CONFRONTO TRA I NOVE PIANI DI ZONA

Cristina Cordoni (Università di Pavia), *Eugenio Salvati* (Università di Pavia),
Sabrina Spaghi (Università di Pavia)

5.1. CONFRONTO FRA BISOGNO E OFFERTA DI SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI

5.1.1. Copertura del bisogno e saturazione delle Unità di Offerta

Nel presente capitolo sono messi a confronto il bisogno espresso dal territorio relativamente ai soggetti con fragilità (prima infanzia, disabili, dipendenze, anziani) con l'offerta di servizi (Unità di Offerta - UdO) che il territorio stesso è in grado di mettere in campo. Si tratta di un confronto effettuato su base quantitativa, non essendo stato possibile avviare una mappatura qualitativa delle UdO presenti nel territorio in misura tale da risultare significativa.

Il pregio indubbio dei dati sui quali si è lavorato consiste nella loro attualità e nell'attività di reperimento alla fonte degli stessi, attraverso contatto diretto sia con l'ASL di Pavia, sia con gli Ambiti in cui è suddiviso il territorio.

Il capitolo si sviluppa in primo luogo attraverso la presentazione degli indici di Copertura e Saturazione per le UdO relative a:

- prima infanzia (Asili Nido, Micro-nidi, Nidi Famiglia, Centri prima infanzia);
- disabili (Residenze Sanitarie per Disabili - RSD, Comunità Socio Sanitarie per disabili - CSS, Centri Diurni per Disabili - CDD);
- dipendenze (Strutture residenziali e semiresidenziali dedicate);
- anziani (Residenze Sanitarie per Anziani - RSA, Centri Diurni Integrati - CDI).

L'indice di copertura misura la capacità delle UdO di coprire la domanda potenziale del territorio. Ovvero, fatto 100 le categorie di: bambini 0-3 anni,

persone con disabilità, persone con dipendenze e persone anziane non autosufficienti sul territorio, indica la percentuale di copertura della domanda potenziale da parte delle UdO per prima infanzia/disabili/dipendenze/anziani.¹

L'indice di saturazione misura invece l'utilizzo delle UdO. Ovvero, il numero di posti disponibili nelle UdO per prima infanzia/disabili/dipendenze/anziani; l'indice mostra la percentuale di utilizzo da parte dei relativi utenti.²

Quindi, attraverso la media matematica dei valori emergenti nelle diverse tipologie di UdO, si configurano indici di copertura e di saturazione per ciascuna categoria di fragilità e, infine, indici di copertura e di saturazione unitari per tutte le fragilità, per i singoli Ambiti territoriali.

Si tratta di uno sforzo di sintesi mirato a collocare in un'unica matrice di posizionamento i risultati raggiunti da diversi Ambiti territoriali, onde valutare problematiche, potenzialità ed elementi di caratterizzazione del territorio nel suo complesso.

Il risultato è raggiungibile proprio grazie alla massa di dati, che si sono potuti acquisire alla fonte, essendo omogenei nella loro raccolta e nel periodo di riferimento.

Un elemento di complessità significativa, per il quale non sono disponibili per tutte le fragilità indagate dati dettagliati, è la mobilità dei fruitori delle UdO rispetto al Comune di residenza. Si ritiene di avere ridotto questa potenziale distorsione prendendo in considerazione i dati aggregati per Ambito territoriale: alcuni piccoli e piccolissimi Comuni non dispongono di una parte delle UdO esaminate, e tendono pertanto a fare riferimento a quelle più prossime presenti sul territorio. Sarebbe interessante proseguire l'indagine per verificare l'entità dell'eventuale fruizione da parte di soggetti residenti in altre province.

Prima infanzia

I servizi prima infanzia hanno ricevuto nell'ultimo decennio un deciso impulso da parte delle azioni legislative regionali e degli interventi comunali e, nel periodo 2007-2011, anche a livello nazionale. Questa spinta è stata dettata dal perseguimento dell'obiettivo di copertura per questi servizi indicato dalla Strategia di Lisbona pari al 33%, anche a seguito del forte sostegno alle politiche di conciliazione lavoro-famiglia, riconosciute come una priorità (Regione Lombardia 2014).

La crisi economica, causa della riduzione del potere d'acquisto e dell'aumento della disoccupazione – in particolare femminile –, ha prodotto una contrazione della domanda per i servizi prima infanzia. Inoltre, l'istituzione delle *sezioni primavera* e l'introduzione della *possibilità di accesso anticipato alle scuole dell'infanzia* stanno cambiando l'offerta nel settore. Questi due fattori hanno sicuramente

¹ Formula: $n. \text{ posti disponibili autorizzati} / n. \text{ persone potenziali utenti residenti nel territorio} * 100.$

² Formula: $n. \text{ utenti iscritti} / n. \text{ posti disponibili autorizzati} * 100.$

portato a una progressiva riduzione della domanda per i servizi prima infanzia, generando un sottoutilizzo delle UdO. In effetti (tabella 1), la saturazione media rimane entro il 70% con picchi minimi di poco superiori al 46% nell'Ambito di Voghera, con l'eccezione di Casteggio (97,92%) e di Corteolona (87,14%), che peraltro sono gli unici territori in provincia di Pavia con UdO totalmente private per la fascia 0-3 anni.

Tabella 1. Indici di copertura e saturazione media delle UdO prima infanzia nei Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Ambito	Tot UdO per la prima infanzia	
	Copertura media	Saturazione media
Broni	23,93%	n.d.
Casteggio	8,10%	97,92%
Certosa	20,55%	70,76%
Corteolona	12,98%	87,14%
Garlasco	18,30%	65,90%
Mortara	16,20%	n.d.
Pavia	40,18%	58,70%
Vigevano	30,30%	62,84%
Voghera	22,78%	46,37%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: n.d. = dato non disponibile.

Disabili

Gli indici di copertura delle tre tipologie di UdO per disabili si differenziano in funzione delle caratteristiche e dei servizi offerti (tabella 2). Le Residenze Sanitarie per Disabili (RSD), presenti in 7 Ambiti su 9 (assenti nei territori di Certosa e Corteolona), presentano indici di copertura significativi nell'Ambito di Voghera (11,2%) e in quello di Casteggio (7,5%), mentre negli altri Ambiti variano da un minimo dell'1,5% di Garlasco a un massimo del 3,6% di Broni. Le Comunità Socio-Sanitarie per disabili (CSS), laddove presenti (5 Ambiti su 9), hanno invece indici di copertura molto bassi che, se si eccettua il caso dell'Ambito di Broni (5,4%), non raggiungono il 3%. I Centri Diurni per Disabili (CDD), presenti ovunque tranne che nel Piano di Zona di Casteggio, hanno in 6 Ambiti su 8 un indice di copertura che supera il 5%, per arrivare fino all'8% nell'Ambito di Pavia.

Speculare appare la situazione degli indici di saturazione (tabella 2), che risultano molto alti per RSD (da un minimo del 95,8% dell'Ambito di Garlasco a un massimo del 100% di quello di Mortara) e CSS (da un minimo del 94,05% dell'Ambito di Pavia a un massimo del 100% di quello di Broni), mentre risulta-

no più bassi per i CDD (da un minimo del 61,1% dell'Ambito di Garlasco a un massimo del 98,7% di quello Corteolona).

È possibile interpretare questi dati come l'espressione, da parte del territorio, di un maggiore fabbisogno di RSD e CSS, mentre risulta sostanzialmente congrua l'offerta di CDD.

Tabella 2. Indici di copertura e saturazione media delle UdO per disabili nei Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Ambito	RSD		CSS		CDD		Tot UdO per disabili	
	Copertura	Saturazione	Copertura	Saturazione	Copertura	Saturazione	Copertura media	Saturazione media
Broni	3,6%	99,00%	5,4%	100,00%	5,4%	89,30%	4,80%	96,10%
Casteggio	7,5%	99,20%	0,0%	0,00%	0,0%	0,00%	2,50%	33,07%
Certosa	0,0%	0,00%	0,0%	0,00%	3,3%	97,50%	1,10%	32,50%
Corteolona	0,0%	0,00%	1,7%	98,90%	5,0%	98,70%	2,23%	65,87%
Garlasco	1,5%	95,80%	0,0%	0,00%	4,0%	61,10%	1,83%	52,30%
Mortara	3,1%	100,00%	0,0%	0,00%	5,2%	96,50%	2,77%	65,50%
Pavia	3,5%	98,40%	2,7%	94,05%	7,8%	77,15%	4,67%	89,87%
Vigevano	1,6%	99,10%	0,9%	99,60%	5,3%	88,75%	2,60%	95,82%
Voghera	11,2%	98,30%	2,5%	98,70%	5,9%	94,00%	6,53%	97,00%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Dipendenze

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive il concetto di dipendenza patologica o di sindrome della dipendenza come «quella condizione psichica e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione» (Marazziti *et al.* 2015).

Nei Paesi dell'Unione Europea, i disturbi da uso di alcol e sostanze figurano tra le prime cinque cause di morbidità e mortalità per malattia neurologica, con un impatto sulla popolazione generale paragonabile a quello delle patologie cardiovascolari e del cancro (Carrà *et al.* 2012).

In Lombardia, nel 2013 e nella fascia d'età 18-64 anni, ISTAT quantifica fra gli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari per tipologia di disagio e in particolare i tossicodipendenti/alcolisti, una percentuale maschile pari a oltre il 20%, mentre quella femminile si ferma al 7,27% (ISTAT 2013). Oggi tale nozione viene utilizzata per spiegare anche sintomi derivanti da nuove dipendenze che si riferiscono a comportamenti, quali il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), lo shopping compulsivo, la dipendenza da lavoro e da studio, le dipendenze da tecnologia, le dipendenze relazionali e alcuni disturbi alimentari (bulimia e anoressia).

Gli indici di copertura media delle UdO (sia residenziali che semiresidenziali) dedicate alle persone con dipendenze sono piuttosto limitati (tabella 3), quantificandosi di fatto in un *range* compreso fra lo 0,02% del territorio di Vigevano e lo 0,3% di quello di Corteolona. Ricordiamo inoltre che due Piani di Zona (Broni e Casteggio) non offrono tale servizio, per cui la popolazione di questi territori che manifesta il bisogno di assistenza per dipendenze deve necessariamente riferirsi ad altri Ambiti.

La saturazione, invece, presenta un carattere più eterogeneo (tabella 3): il valore più elevato dell'indice si osserva nel territorio di Pavia (89,08%), mentre il valore minimo si registra nell'Ambito di Vigevano (42,60%), fatta esclusione per Broni e Casteggio, che non offrono UdO dedicate. Il Pavese (Certosa, Corteolona, Pavia) ha quindi un buon livello di utilizzo delle UdO per dipendenze; la Lomellina (Vigevano, Garlasco, Mortara) un grado intermedio (elevato a Mortara, più ridotto a Vigevano); l'Oltrepò (Voghera, Casteggio, Broni) offre servizio solo nel Vogherese, ma le UdO sono utilizzate solo per il 52% delle proprie capacità (circa metà dei posti disponibili non sono occupati).

Tabella 3. Indici di copertura e saturazione media delle UdO per dipendenze nei Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Ambito	Tot UdO per dipendenze	
	Copertura media	Saturazione media
Broni	0,00%	0,00%
Casteggio	0,00%	0,00%
Certosa	0,10%	80,00%
Corteolona	0,30%	86,47%
Garlasco	0,04%	74,60%
Mortara	0,18%	83,20%
Pavia	0,13%	89,08%
Vigevano	0,02%	42,60%
Voghera	0,10%	52,00%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Anziani

In Italia la domanda di servizi sociosanitari per anziani e la relativa spesa pubblica e privata sono destinate ad aumentare in modo considerevole, specie per quanto riguarda l'assistenza continuativa (*long-term care*). Si tratta di bisogni riconducibili a più concause:

- progressivo invecchiamento generale della popolazione, con un forte incremento dei casi di demenza e di Alzheimer;
- incremento del numero delle famiglie cosiddette mononucleari;
- progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza per i soli acuti.

In questo contesto, sul fronte dell'offerta di servizi e UdO, le esperienze più avanzate realizzate in Europa hanno individuato possibili modalità d'intervento che siano in grado di orientare il sistema del *long-term care* verso maggiori standard di efficacia e al contempo garantire la sostenibilità finanziaria delle cure. Tra le molteplici strade percorribili a livello europeo si sta affermando il cosiddetto 'sistema a rete', nell'ambito del quale le UdO residenziali di assistenza extraospedaliera e le altre UdO 'intermedie' sono chiamate a svolgere una funzione di raccordo tra gli ospedali e i servizi presenti nel territorio. Nei Paesi europei le modalità di erogazione delle *long-term care* sono molto diverse fra loro e dipendono dall'interazione dei soggetti principali: Stato, mercato profit, non profit, famiglie.

In Italia i servizi di assistenza a lungo termine attualmente forniti dagli enti territoriali sono limitati e concentrati in alcune regioni. Nel 2011 in Italia erano presenti circa 240.000 posti letto residenziali e semiresidenziali, mentre il fabbisogno rilevato dalla 'Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza' (Lea) viene stimato in 496.000 posti. L'assistenza domiciliare integrata viene erogata a circa 527.000 anziani, quota assai inferiore al fabbisogno rilevato e pari a circa 870.000 assistiti. Il perno finanziario del sistema è 'l'indennità di accompagnamento', in sostanza l'unica risposta pubblica a fronte della pressante domanda d'aiuto delle famiglie (Montemurro *et al.* 2012). Nella cultura sociale collettiva, la non autosufficienza costituisce l'accesso alla vera vecchiaia. La relazione diretta tra invecchiamento, patologie croniche e non autosufficienza ha rappresentato una vera e propria emergenza sociale ed economica, perché il nostro sistema di welfare non era pronto ad affrontarla.

In prima battuta, a occuparsi dei longevi parzialmente o totalmente non autosufficienti sono state le famiglie, garantendo direttamente il *care giver* familiare o assumendo una badante. La soluzione familiare si sta progressivamente ridimensionando per due principali ordini di motivi:

- la crisi sta intaccando la capacità di spesa dei longevi e dei familiari, per l'assunzione di badanti;
- oltre 2,5 milioni di anziani vivono in abitazioni non adeguate alla condizione di ridotta mobilità.

Ciononostante, sono circa l'8% i longevi non autosufficienti ospiti di UdO residenziali a fronte di circa 2,5 milioni in famiglia.

Le esperienze di altri Paesi europei risultano in linea con le *best practice* italiane per l'assistenza ai longevi non autosufficienti, promuovendo contesti che siano piattaforme per la moltiplicazione delle relazioni. In Italia, per la non autosufficienza si stima siano mobilitate (negli anni a partire dal 2010) rilevanti risorse private di longevi e famiglie: oltre 9 miliardi di euro per le badanti, 4,9 miliardi di euro per il pagamento delle rette per gli oltre 295.000 longevi ospiti di residenze. A queste si aggiungono le risorse pubbliche come l'indennità di accompagnamento, che risulta pari a 9,6 miliardi di euro per i longevi; complessivamente la spesa pubblica per la *long term care* per gli anziani non autosufficienti risulta pari all'1,28% del Pil, vale a dire circa 20 miliardi di euro (Censis 2015).

In questo contesto, il quadro emergente dall'analisi dei dati direttamente forniti dall'ASL di Pavia (tabella 4) configura un territorio in cui gli indici di copertura delle RSA risultano sensibilmente maggiori rispetto ai valori nazionali, anche se al loro interno i vari Ambiti territoriali presentano gap significativi che vanno da un minimo di copertura di Pavia (10,1%) a un massimo di Garlasco (61,8%). Si tratta di UdO che vengono fruite sostanzialmente al massimo delle loro potenzialità, con indici di saturazione che vanno dal 97% al 99%. Meno capillare la copertura offerta dai CDI (tabella 4), che presentano indici di copertura che, a eccezione dell'Ambito di Casteggio in cui non sono presenti, vanno da un minimo dell'1,56% di Vigevano a un massimo del 5,58% di Broni. La saturazione più elevata per i CDI si

Tabella 4. Indici di copertura e saturazione media delle UdO per anziani nei Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Ambito	RSA		CDI		Tot UdO per anziani	
	Copertura	Saturazione	Copertura	Saturazione	Copertura media	Saturazione media
Broni	32,2%	99,00%	5,58%	85,40%	18,89%	92,20%
Casteggio	15,9%	95,00%	0,00%	0,00%	7,95%	95,00%
Certosa	36,8%	98,00%	3,94%	34,50%	20,37%	66,25%
Corteolona	20,1%	99,00%	5,14%	92,20%	12,62%	95,60%
Garlasco	61,8%	99,00%	3,31%	33,20%	32,56%	66,10%
Mortara	55,6%	97,00%	3,03%	80,70%	29,32%	88,85%
Pavia	10,1%	99,00%	3,22%	76,50%	6,66%	87,75%
Vigevano	16,4%	99,00%	1,56%	56,80%	8,98%	77,90%
Voghera	36,4%	98,00%	3,73%	71,10%	20,07%	84,55%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

registra a Corteolona (92,2%), mentre gli Ambiti di Garlasco e Certosa presentano il livello di saturazione più basso: rispettivamente il 33,2% e il 34,5%. Gli altri Ambiti si collocano fra il 56,8% (Vigevano) e il 92,2% di Corteolona.

5.1.2. Matrice di posizionamento

Calcolando la media delle percentuali di copertura e saturazione emerse per le diverse tipologie di UdO esaminate, si ottengono i valori degli indici per le quattro categorie di bisogno considerate (prima infanzia, disabili, dipendenze, anziani), e quindi gli indici di copertura (tabella 5) e saturazione (tabella 6) totali. Grazie

Tabella 5. Indici di copertura per le categorie di bisogno esaminate nei Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Ambito	Prima infanzia	Disabili	Dipendenze	Anziani	Tot
Broni	23,93%	4,80%	0,00%	18,89%	11,91%
Casteggio	8,10%	2,50%	0,00%	7,95%	4,64%
Certosa	20,55%	1,10%	0,10%	20,37%	10,53%
Corteolona	12,98%	2,23%	0,30%	12,62%	7,03%
Garlasco	18,30%	1,83%	0,04%	32,56%	13,18%
Mortara	16,20%	2,77%	0,18%	29,32%	12,12%
Pavia	40,18%	4,67%	0,13%	6,66%	12,91%
Vigevano	30,30%	2,60%	0,02%	8,98%	10,48%
Voghera	22,78%	6,53%	0,10%	20,07%	12,37%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Tabella 6. Indici di saturazione per le categorie di bisogno esaminate nei Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Ambito	Prima infanzia	Disabili	Dipendenze	Anziani	Tot
Broni	n.d.	96,10%	0,00%	92,20%	62,77%
Casteggio	97,92%	33,07%	0,00%	95,00%	56,50%
Certosa	70,76%	32,50%	80,00%	66,25%	62,38%
Corteolona	87,14%	65,87%	86,47%	95,60%	83,77%
Garlasco	65,90%	52,30%	74,60%	66,10%	64,73%
Mortara	n.d.	65,50%	83,20%	88,85%	79,18%
Pavia	58,70%	89,87%	89,08%	87,75%	81,35%
Vigevano	62,84%	95,82%	42,60%	77,90%	69,79%
Voghera	46,37%	97,00%	52,00%	84,55%	69,98%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

Legenda: n.d. = dato non disponibile.

a questi dati complessivi (tabella 7) è possibile costruire la matrice di confronto fra la domanda e l'offerta di servizi sociali e sociosanitari.

Tabella 7. Indici finali per la matrice complessiva copertura/saturazione, anno 2014.

Ambito	Copertura	Saturazione
Broni	11,91%	62,77%
Casteggio	4,64%	56,50%
Certosa	10,53%	62,38%
Corteolona	7,03%	83,77%
Garlasco	13,18%	64,73%
Mortara	12,12%	79,18%
Pavia	12,91%	81,35%
Vigevano	10,48%	69,79%
Voghera	12,37%	69,98%

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

La matrice (grafico 1) è il frutto di una riflessione che parte dall'analisi empirica della realtà della provincia di Pavia e dai dati ottenuti calcolando l'indice di copertura della domanda territoriale e l'indice di saturazione delle UdO esistenti.

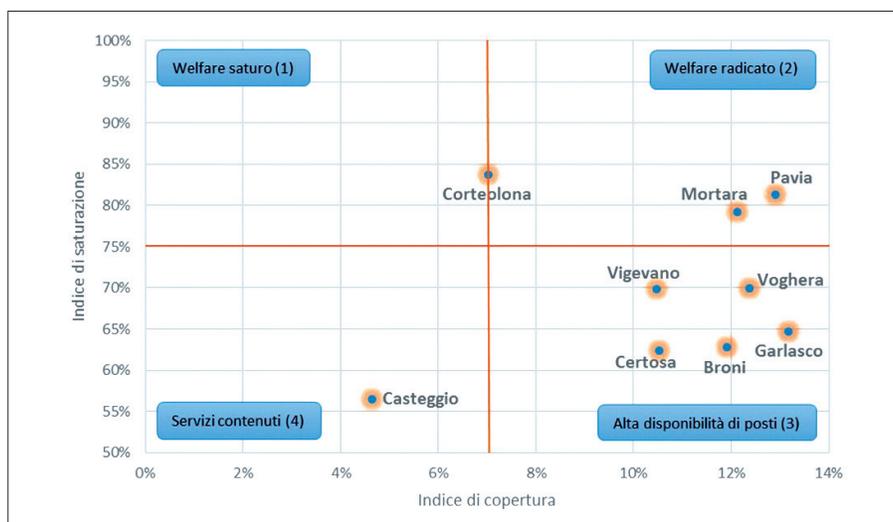


Grafico 1. Matrice di copertura/saturazione delle UdO per prima infanzia, disabili, dipendenze, anziani nei Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

A questo proposito è fondamentale ricordare che l'indice di copertura individua una dimensione potenziale, mettendo in rapporto il numero di posti disponibili rispetto alla totalità dei potenziali utenti di un dato servizio. L'indice di saturazione è invece più ancorato alla realtà fattuale, dato che mette in relazione i posti disponibili con gli utenti reali del servizio.

Per costruire le quattro categorie della matrice³ e permettere quindi un commento qualitativo al posizionamento grafico, si è deciso di collocare il punto di *cut off* secondo il *range* definito dai due indici: per l'indice di saturazione il *range* è 50-100%, *cut off* al 75%, per quello di copertura è 0-14%, *cut off* al 7%. L'utilizzo di due *range* diversi è il frutto di una differente numerosità riscontrata nei due indici. L'eventuale adozione della stessa misurazione avrebbe reso complicato, sia concettualmente sia graficamente, la costruzione di una tipologia efficace in grado di spiegare la realtà analizzata. La scelta di variare il *range* sui due assi della matrice permette invece un'analisi comparata fra i 9 Piani di Zona, facendo emergere le differenze e le peculiarità di ognuno di essi.

Per comprendere in modo più articolato la struttura dei servizi di welfare locale all'interno dei territori dei Piani di Zona della provincia di Pavia, abbiamo quindi ritenuto utile provvedere alla definizione di una tipologizzazione prodotta dall'incrocio di due indicatori: il primo è l'indice di saturazione delle UdO (il livello di posti realmente occupati dagli utenti), il secondo è l'indice di copertura (quanto le UdO possono soddisfare l'ipotetica domanda potenziale all'interno di un territorio).

Questi due elementi hanno permesso di definire una tassonomia che ha prodotto le seguenti quattro categorie:

1. *Welfare saturo*. In questo quadrante troviamo quelle realtà in cui, a fronte di una minore capacità di risposta a una domanda potenziale di servizi, si registra una piena occupazione dei posti realmente disponibili per l'utenza (la copertura della domanda potenziale è inferiore al 7%, la saturazione delle UdO è superiore al 75%).
2. *Welfare radicato*. Qui si collocano tutti quei territori che presentano un'elevata capacità di risposta ai bisogni dell'utenza, sia essa potenziale che reale. I servizi di welfare risultano così diffusamente radicati e strutturati nel territorio e l'efficacia della capacità di programmazione della rete è confermata dalla sua saturazione (copertura fra il 7 e il 14%, saturazione oltre il 75%).
3. *Alta disponibilità di posti*. Questa categoria raccoglie tutte quelle realtà che possono far fronte a un'alta domanda potenziale, dimostrando così un'elevata capacità di 'reazione' rispetto a nuove richieste emergenti dal territorio, ma che

³ *Welfare saturo, Welfare radicato, Alta disponibilità di posti, Servizi contenuti.*

al contempo non raggiungono i livelli massimi di saturazione dei posti disponibili (copertura fra il 7 e il 14%, saturazione compresa nel *range* 50-75%).

4. *Servizi contenuti*. In questo quadrante troviamo quelle realtà che hanno una minore capacità di coprire la domanda potenziale e un altrettanto ridotto utilizzo delle UdO esistenti, rilevando una strutturazione dei servizi strettamente aderente alle necessità attuali del territorio (copertura inferiore al 7%, saturazione compresa nel *range* 50-75%).

I nove Piani di Zona vanno così a collocarsi all'interno dei quattro quadranti della nostra tipologia. Come emerge dal grafico 1, abbiamo un quadrante residuale, ossia quello del 'Welfare saturo', mentre la maggior parte dei Piani di Zona si colloca nel quadrante 'Welfare radicato' (tre Piani: Pavia, Mortara e Corteolona) e nel quadrante 'Alta disponibilità di posti' (cinque Piani: Vigevano, Voghera, Garlasco, Broni e Certosa). Il solo Piano di Casteggio si trova nel quadrante 'Servizi contenuti'.

La collocazione dei nove Piani della provincia di Pavia all'interno di questa classificazione ci fornisce degli utili *insight* per comprendere la strutturazione della domanda e dell'offerta di servizi sociali all'interno del territorio provinciale.

La collocazione di ben otto Piani su nove nei quadranti due e tre ci descrive una provincia che è capace – nelle sue diverse articolazioni territoriali – di costruire una programmazione efficiente della rete dei servizi, ma che parimenti possiede una sorta di capacità 'espansiva' in termini di ricettività da parte delle UdO sul territorio.

Il primo è il caso del quadrante due (Welfare radicato), dove a un indice di copertura molto alto corrisponde un elevato grado di saturazione dei posti disponibili; il secondo è il caso del quadrante tre (Alta disponibilità di posti), dove l'utilizzo delle UdO è più contenuto ma un alto indice di copertura sta a significare la capacità di assorbire nuovi bisogni emergenti e la possibilità di attirare utenza proveniente da territori extraprovinciali.

I tre Piani che hanno come comune capofila una grande città – Pavia, Vigevano e Voghera – hanno tutti indici di copertura e saturazione molto alti, anche se nel caso di Vigevano e Voghera la saturazione è sotto la soglia scelta per la divisione dei quadranti. Questo significa che la struttura organizzativa del welfare è articolata in una fitta rete di servizi che sembrano in grado di coprire ottimamente sia la necessità potenziale, sia, soprattutto, quella attuale.

Il quadrante quattro (Servizi contenuti) vede al suo interno il solo Piano di Casteggio. Un tipo di struttura di questo genere disegna una realtà di programmazione ed erogazione dei servizi strettamente ancorata alla realtà territoriale, definita dalla morfologia del territorio e dalla maggiore/minore frammentazione amministrativa. Nel caso di Casteggio è probabile che una tale conformazione

dell'incontro tra domanda e offerta risenta di una realtà territoriale di grande frammentazione abitativa e di una struttura morfologica complessa (collina e pianura). Questi elementi hanno probabilmente influenzato nel tempo la strutturazione dei servizi affinché questa fosse in grado di rispondere quasi esclusivamente alle esigenze peculiari del territorio. Inoltre, il Piano di Zona di Casteggio è il meno popoloso della provincia di Pavia e quello che presenta sul proprio territorio il numero inferiore di UdO per le categorie di bisogno esaminate. Ricordiamo infatti che per il settore prima infanzia le UdO sono totalmente private (è assente un'offerta pubblica per i bambini di età 0-3), per le persone disabili è presente solo la tipologia di UdO RSD (assenti i CDD e CSS), per le persone con dipendenze non c'è una offerta dedicata, per le persone anziane non autosufficienti esistono solo RSA (assenti i CDI). Si tratta quindi di un territorio con un indice di copertura basso perché è scarsa la disponibilità di posti rispetto alla domanda potenziale, a sua volta non particolarmente elevata. La saturazione scarsa dimostra che anche la domanda reale è limitata (gli utenti effettivi delle UdO sono in media solo il 56% rispetto ai posti totali disponibili).

Il Piano di Zona di Corteolona che si colloca sulla linea di *cut-off* dell'indice di copertura, quindi a un livello più basso rispetto alla maggior parte degli Ambiti, è condizionato dal basso indice di copertura delle UdO prima infanzia (tabella 5), che anche in questo caso, come in quello di Casteggio, sono totalmente private.

5.2. LIVELLO DI PERFORMANCE E INNOVAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE ZONALE

Per misurare il livello di performance e di innovazione della pianificazione dei Piani di Zona della provincia di Pavia, consideriamo come riferimento l'ultima triennalità della quale sono disponibili i risultati, ovvero il periodo 2012-2014.

Lo strumento utilizzato per l'indagine è la Tabella Esiti 2012-2014, inserita dagli Ambiti nei documenti di Piano 2015-2017. Si tratta di una tabella riassuntiva degli obiettivi che i Piani di Zona si erano posti a inizio triennio, comprensiva anche degli obiettivi introdotti in corso d'opera, ovvero non preventivati ma inseriti nell'offerta perché rispondenti a bisogni emersi in seguito. La Tabella Esiti mostra per ogni obiettivo le azioni intraprese, i risultati raggiunti, infine indica complessivamente il livello di realizzazione di quanto programmato (Piani di Zona 2015).

Grazie alla Tabella Esiti 2012-2014, per ciascun Piano di Zona è possibile calcolare il numero degli obiettivi raggiunti rispetto al totale degli obiettivi indicati in tabella: tale percentuale di performance rappresenta il primo indicatore utile

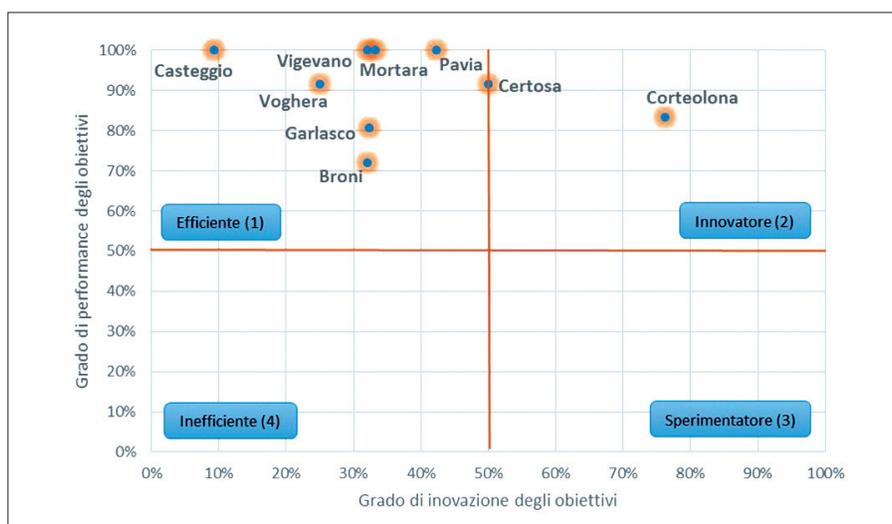


Grafico 2. Matrice di performance/innovazione della programmazione zonale dei Piani di Zona della provincia di Pavia, anno 2014.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ASL Pavia 2015 e Piani di Zona 2015.

alla costruzione della matrice performance/innovazione (grafico 2). Tale valore rappresenta quindi la capacità dell'Ufficio di Piano di realizzare quanto indicato, ovvero di fornire un servizio adeguato alla domanda territoriale.

Grazie alla Tabella Esiti 2012-2014, per ciascun Piano di Zona è possibile anche calcolare il numero degli obiettivi innovativi rispetto al totale degli obiettivi indicati in tabella: tale percentuale indica il livello di innovazione della programmazione zonale e rappresenta il secondo indicatore per la costruzione della matrice performance/innovazione. Questo valore esprime la propensione all'innovazione dei vari Ambiti attraverso:

- l'erogazione di nuovi servizi;
- la realizzazione di nuovi progetti;
- il coordinamento con il territorio con altri Enti pubblici o privati;
- una politica sociosanitaria sovrazonale.

La classificazione della programmazione dei Piani di Zona è quindi il frutto dell'incontro di due variabili: il grado di performance – ossia la percentuale di obiettivi programmati ed effettivamente raggiunti dai Piani rispetto al totale degli obiettivi indicati nella Tabella Esiti della triennalità 2012-2014 – e il grado di innovazione di tali obiettivi (percentuale di obiettivi innovativi rispetto al totale degli obiettivi indicati). Queste due variabili hanno permesso di definire quattro quadranti e categorie ad essi associate:

1. *Efficiente*. Qui troviamo tutti i Piani con alta capacità di programmazione, ossia che si dimostrano capaci di definire una programmazione triennale articolata e di portarne a compimento la realizzazione, indipendentemente dai cambiamenti che possono intervenire durante la triennalità (ad esempio la contrazione delle risorse). In questo quadrante è valutata anche la capacità di reazione ai nuovi bisogni/necessità, ossia la capacità dei Piani di integrare la programmazione con nuovi obiettivi in grado di rispondere a bisogni contingenti (performance superiori al 50% e grado di innovazione inferiore al 50%).
2. *Innovatore*. In questo quadrante ci sono i Piani che, oltre ad avere tutte le caratteristiche del precedente quadrante, integrano con una maggiore predisposizione a inserire nella programmazione obiettivi che rispondono a un più altro criterio di innovatività (performance e innovazione entrambe superiori al 50%).
3. *Sperimentatore*. Qui ci sono i Piani che associano a un'alta abilità di programmare interventi innovativi una bassa capacità di realizzazione degli interventi programmati (performance inferiore al 50%, innovazione superiore al 50%).
4. *Inefficiente*. In questo quadrante rientrano tutti i Piani che hanno una bassissima capacità di ottenere i risultati preventivati e che non tentano alcuna forma di sperimentazione/innovazione (entrambi gli indicatori inferiori al 50%).

I nove Piani della provincia di Pavia si collocano tutti nella parte superiore del quadrante, evidenziando così un dato di contesto a favore di primaria importanza: tutti i Piani hanno ottenuto performance ottime in termini di realizzazione degli obiettivi preventivati (superiori al 70%, quattro Piani raggiungono inoltre il 100% di obiettivi). Questo significa non solo una capacità elevata nel perseguire e completare gli obiettivi preposti, ma anche un'alta capacità di programmare in modo efficace. Infatti è difficile pensare di ottenere così alte percentuali di realizzazione senza avere una capillare conoscenza del territorio e dei bisogni che esso esprime, per poter imbastire una programmazione triennale aderente alle specificità territoriali e ai bisogni. Una programmazione efficace implica due abilità dell'Ufficio di Piano: da un lato, la capacità di prevedere e stimare la domanda territoriale, sia in termini di tipologia di bisogno, sia di quantità; dall'altro, la capacità di usare bene le risorse economiche a disposizione, dosandole in funzione del bisogno emerso e potenziale.

Il solo Piano che si colloca in modo specifico nella categoria 'Innovatore' è quello di Corteolona, che ha impostato la sua programmazione zonale su un notevole investimento in progetti. La Tabella Esiti della programmazione 2012-2014 evidenzia un forte legame con il territorio, che si esprime anche attraverso

la stipula e la stesura di convenzioni tra soggetti del Terzo Settore e Comuni/Unioni dell'Ambito. Si evidenzia anche una propensione ad allargare il proprio raggio d'azione oltre i confini di Ambito, fino a superare i confini provinciali, in un'ottica di efficacia nell'individuazione di risorse/UdO necessarie per il raggiungimento degli obiettivi (ad esempio la convenzione con strutture a carattere semiresidenziale in ambito extradistrettuale per attivare interventi a favore della persona fragile a domicilio). In un'ottica di maggiore efficienza nell'individuazione delle strutture eroganti prestazioni domiciliari, è stato costituito un Albo degli Enti accreditati, previo esperimento di relativo bando e istruttoria; si tratta di una scelta che evidenzia anche una capacità amministrativo-gestionale da parte dell'Ufficio di Piano. Si rileva, inoltre, che è stata fatta la scelta di riunire in un unico obiettivo,⁴ peraltro raggiunto, molte delle funzioni di base istituzionalmente presenti nell'attività dei Piani di Zona.⁵

Altro dato caratterizzante è l'elevata capacità di lavorare in rete, risorsa che incide sia sull'efficacia, sia sulla capacità di innovazione. Particolarmente importante e produttivo è il livello di collaborazione raggiunta, ad esempio, dai tre Ambiti della Lomellina, che possono vantare un collaudato grado di cooperazione nella condivisione della conoscenza (circolazione di informazioni, messa a sistema di buone prassi) e nell'offerta dei servizi. A questo proposito si evidenzia l'effettiva collaborazione nella stesura dei regolamenti e nelle linee guida necessarie per l'accesso ai servizi (ad esempio gli interventi del FNNA), che pertanto nel territorio lomellino possono vantare un elevato grado di omogeneità e integrazione. La cooperazione tra i tre distretti può essere evinta anche dall'erogazione di servizi tramite convenzione (ad esempio il Servizio Spazio Neutro).

Il potenziale nella capacità di definire una programmazione innovativa si rileva comunque alto anche per i Piani efficientisti. Restando nel territorio lomellino si può citare, ad esempio, l'esperienza del progetto 'A spasso con Bagheera', che aveva come capofila il Piano di Mortara. Questo progetto dimostra un alto grado di innovatività e capacità progettuale da parte dell'Ambito. Tale progetto, che aveva come obiettivo la promozione e il sostegno di reti di Affidamento familiare, vede l'Ambito di Mortara come capofila di un progetto che mette insieme sia le forze del Terzo Settore, sia la cooperazione sovra-zonale (ha aderito il Piano di Zona di Vigevano), imbastendo così una fitta e ampia rete di welfare locale (gli

⁴ «Favorire la permanenza della persona fragile/non autosufficiente/disabile al proprio domicilio; sostenere la famiglia nei compiti di cura attraverso il consolidamento della rete assistenziale domiciliare».

⁵ Buoni sociali per assistenti familiari, Servizio Assistenza Domiciliare-SAD/SADH Comunale, rafforzamento della collaborazione con ASL per garantire e facilitare l'accesso alla rete dei servizi socio-assistenziali sanitari alle persone non autosufficienti e alle famiglie: Centro Assistenza Domiciliare CEAD, Punto Unico di Accesso PUA.

attori del terzo settore coinvolti fanno riferimento a tutto il territorio lomellino). Rilevante è il fatto che tale progetto ha vinto un grosso cofinanziamento tramite bando Cariplo, a dimostrazione di una notevole capacità di progettazione da parte dell'Ambito.

Nel campo dell'innovatività del progetto, si può segnalare a titolo di esempio anche l'istituzione, da parte del Piano di Garlasco, di una convenzione con il Centro Valorizzazione Risorse 'Archimede', di proprietà e gestito dalla Cooperativa Sociale 'Gli Aironi' di Sannazzaro de' Burgondi. Questa convenzione è volta a fornire a utenti con handicap lieve, non inseribili presso il CDD, un'attività di formazione specifica, di orientamento e un inserimento lavorativo in un ambiente protetto, dove persone svantaggiate e normodotate lavorano insieme alla realizzazione di un prodotto con caratteristiche di qualità tali da renderlo concorrenziale sul mercato.

Complessivamente, si osserva una certa omogeneità di posizionamento per i Piani di Zona della Lomellina (stesso grado di innovazione, performance compresa nel *range* 80-100%), il che conferma il carattere di collaborazione e interrelazione esistente sul territorio del Distretto.

Per i territori Pavese e Oltrepò si osserva invece una certa variabilità di collocamento in matrice: in entrambi i casi si evidenzia un *trade off* fra i due indici, ovvero laddove si registra una alta performance distrettuale è presente un grado relativamente scarso di innovazione (Casteggio nell'Oltrepò, Pavia nel Pavese); viceversa, nei territori molto innovativi a livello distrettuale si evidenzia una performance più limitata rispetto al contesto analizzato (Broni nell'Oltrepò, Cortesolona nel Pavese).

Riferimenti bibliografici

Carrà G., F. Bartoli, D. Carretta, E. Scafato, M. Clerici, K. F. Mann (2012), *Perché è importante una federazione europea delle società delle tossicodipendenze?*, «Quaderni Italiani di Psichiatria», 31/4, pp. 201-204.

Censis (2015), *L'eccellenza sostenibile nel nuovo welfare - Modelli di risposta top standard ai Bisogni di tutela delle persone non autosufficienti - Il piano della cultura sociale collettiva. Analisi Socio-economica e istituzionale del fenomeno - Sintesi dei risultati*, Padova, 13 febbraio 2015, URL: <<http://www.censis.it>> [data di accesso: 25/01/2016].

ISTAT (2013), *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari: adulti ospiti per genere e tipo di disagio*, URL: <<http://dati.istat.it/>> [data di accesso: 02/02/2016].

Marazziti D., S. Presta, M. Picchetti, L. Dell'Osso (2015), *Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici*, «Journal of Psychopathology», 21, pp. 72-84.

Montemurro F. (a cura di), G. Mancini, F. Torre (2012), *Indagine sulle RSA in Italia*, Auser Ricerca Anziani, novembre 2012, URL: <http://www.grusol.it/informazioni/22-11-12_2.PDF> [data di accesso: 02/02/2016].

Piani di zona di Broni, Casteggio, Certosa, Corteolona, Garlasco, Mortara, Pavia, Vigevano e Voghera (2015), «Documenti di Piano della triennalità 2015-2017».

Regione Lombardia (2014), *Piano territoriale di conciliazione famiglia-lavoro per la provincia di Pavia*, 30 giugno 2014.

Capitolo 6

UN MODELLO DI ANALISI E PROGETTAZIONE PER L'ORGANIZZAZIONE DEI PIANI DI ZONA

Pietro Previtali (Università di Pavia)

I Piani di Zona si trovano al centro di un più ampio processo di innovazione della Pubblica amministrazione (PA), generato da una richiesta di cambiamento e innovazione della macchina amministrativa tale da creare i presupposti per innescare processi di trasformazione radicale e, quindi, di forte discontinuità con il passato. D'altra parte è noto come siano i periodi di crisi economica e finanziaria quelli in cui vengono generalmente elaborate le riforme della Pubblica amministrazione. Ed è altrettanto noto, però, che le stesse crisi economiche, oltre a spingere dette riforme, ne caratterizzano anche gli orientamenti di fondo tipicamente privilegiando la logica del risparmio dei costi (efficienza) e non sempre quella del miglioramento dei risultati (efficacia), portando a effetti non sempre soddisfacenti nel medio e lungo periodo. Anche il confronto tra ciò che sta avvenendo negli altri paesi non porta a una visione unitaria (Peters *et al.* 2011): mentre alcuni paesi come la Germania e la Francia hanno mantenuto il loro approccio alla *public sector governance*, altri – come gli Stati Uniti – hanno cambiato radicalmente il loro approccio alla PA; alcune nazioni hanno progressivamente orientato il loro sistema pubblico verso la centralizzazione (Regno Unito, Finlandia), altri verso la decentralizzazione (Svezia, Slovenia). Anche in letteratura non esiste un paradigma dominante: al New Public Management (NPM) si sta sempre più affiancando il post-NPM, basato su concetti chiave come l'innovazione organizzativa, il *service-oriented approach*, la complessità e il *redesign* organizzativo secondo logiche orizzontali (Osborne, Brown 2011).

Da qui la necessità di orientare la nostra riflessione lungo dimensioni cruciali del pensiero organizzativo, e in particolare verso l'equilibrio tra le seguenti dimensioni:

- 'centrale' e 'locale';
- 'omogeneità' e 'differenziazione';
- 'vigilanza' e 'responsabilizzazione'.

Uscendo dal classico binomio accentramento-decentramento che ciclicamente appassiona – sin dalle sue origini – il legislatore italiano, si ritiene che per compiere un passo avanti nell'efficacia dell'azione amministrativa serva una riflessione puntuale sui meccanismi necessari a una gestione organica del ciclo di pianificazione-programmazione-monitoraggio e della valutazione delle risorse pubbliche. A tale riguardo, vale rilevare che gli importanti investimenti fatti nel consolidare sistemi di misurazione, controllo e valutazione delle performance a livello di singola amministrazione non siano ancora tradotti – nei fatti – in un utilizzo delle informazioni da detti sistemi per migliorare la performance della Pubblica amministrazione. Questo è vero sia a livello di singola amministrazione, la quale raramente ha dimostrato di utilizzare le informazioni delle attività di controllo per migliorare la propria programmazione e/o organizzazione, sia a livello di sistema-Paese e, quindi, di Pubblica amministrazione nel suo complesso. La programmazione sociosanitaria non esula da questa riflessione di principio. Diventa dunque cruciale organizzare al meglio meccanismi di coordinamento e processi decisionali secondo un'architettura organizzativa ideale, tra esigenze locali – a livello di singolo Comune, Piano di Zona e Azienda sanitaria – centrali, Regione e Governo nazionale.

Il tema del rapporto tra omogeneità e differenziazione del sistema amministrativo è anch'esso da sempre un problema italiano, visto il forte grado di differenziazione dimensionale degli enti che vi partecipano e l'elevato grado di disomogeneità delle politiche e degli obiettivi che si è chiamati generalmente a seguire attraverso il sistema della Pubblica amministrazione. In questo quadro, è evidente che il requisito dell'omogeneità nell'applicazione delle politiche risponde tipicamente a un'esigenza di garanzia, ordine, confrontabilità, semplificazione delle prassi e delle politiche, mentre il requisito della differenziazione, al contrario, risponde all'esigenza di realizzare condizioni applicative differenti per le varie amministrazioni in funzione dei loro contesti (esterni ed eterni), quale presupposto ineludibile dell'efficacia della politica attivata. Da questo punto di vista, il Piano di Zona rappresenta una possibile soluzione al classico 'dilemma organizzativo' noto in letteratura come 'differenziazione-integrazione' (Lawrence, Lorsch 1967). Se da una parte occorre differenziare i servizi, le *policies*, visto che differenti sono i bisogni dei cittadini specifici per determinati territori, dall'altra vi è la necessità di integrare, dunque di coordinare, secondo criteri di efficacia. Il problema sorge considerando l'intrinseca natura dei due elementi: più differenzio più mi avvicino al singolo cittadino e al suo bisogno – che per definizione è idiosincratico alla persona – più avrò poi la necessità e la difficoltà nel ricomporre questa differenziazione in un quadro unitario di *policies* e di

integrazione di risposte al bisogno il più possibile omogeneo sul territorio, sia per rispondere in modo equo al livello minimo di servizio essenziale, sia perché il quadro delle risorse economiche a disposizione è in progressiva riduzione. Il Piano di Zona si inserisce dunque in questo contesto, come potente strumento di integrazione in grado di rispondere in modo flessibile alla multidimensionalità del bisogno, preservando e garantendo le specificità del processo territoriale, così come è avvenuto in molti altri paesi europei alla ricerca di forme partecipate per l'azione pubblica (Sbragia 2000; Le Galès 2002; Garcia *et al.* 2004).

Infine, i temi del controllo e delle responsabilità sono problemi delicati che indirettamente chiamano in causa la difficoltà più generale di organizzazione e raccordo tra controlli interni ed esterni sull'uso delle risorse pubbliche. Rispetto al detto uso, siano le risorse in questione di natura finanziaria o umana, si pone in particolare il quesito di quali percorsi di azione possano essere intrapresi a garanzia della tutela dell'interesse collettivo. È piuttosto evidente, infatti, che il cambiamento organizzativo nelle Pubbliche amministrazioni, sebbene abilitato e teoricamente imposto dalla norma, sia funzione delle modalità e capacità di 'conduzione' dello stesso e, quindi, delle risorse umane (oltre che tecniche e finanziarie) di cui l'ente è dotato. Da qui il tema dell'*accountability*. Quanto l'Ufficio di Piano è in grado di garantire controllo e responsabilizzazione di tutti i Comuni che partecipano al Piano? E quanto lo è l'Azienda sanitaria che si trova eventualmente a dover 'supplire' al limitato funzionamento dell'Ufficio di Piano? Quando un Piano di Zona si può valutare come effettivamente 'performante'?

Per dare una risposta a tali quesiti e mantenere dunque la PA in equilibrio sulle tre dimensioni sopra analizzate, si è deciso di adottare un 'approccio *contingency*' teso a indagare le relazioni esistenti tra contesto domanda-offerta, *governance* e performance. Il *framework* di analisi proposto in figura 1 si compone dunque dei seguenti elementi, tra loro intimamente correlati.

Il quadro legislativo

La normativa di riferimento, fondata originariamente sulla legge 8 novembre 2000, n. 328, 'Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali', e poi oggetto di specifiche normative regionali a cui è stata devoluta forte autonomia, dunque in grado di influenzare con *policies* molto stringenti e relativa distribuzione di risorse sia la programmazione zonale sia l'offerta di servizi.

Il bisogno di welfare espresso dal cittadino

Mutevole e multidimensionale, dunque estremamente difficile da analizzare e da soddisfare se non con un approccio il più possibile personalizzato e 'vicino all'utente'. In una programmazione zonale diventa dunque rilevante avere un 'quadro di

insieme' che consenta l'analisi per territorio, per bisogno, per *cluster* di popolazione, attraverso indicatori di fragilità, da contestualizzare secondo la morfologia del territorio e le caratteristiche socioeconomiche e culturali della popolazione di riferimento. Prendendo come indicatore *driver* del bisogno il rapporto tra il numero di persone fragili e la popolazione residente in ogni Piano di Zona, è interessante verificare come a questo bisogno corrispondano Unità di Offerta presenti sul territorio considerando in particolare le strutture per la prima infanzia, per disabili e per anziani. Come si evince in figura 1, a fronte di elevata fragilità si ha una predominanza di Piani di Zona che abbiamo chiamato 'articolati', in quanto connotati da elevata fragilità e una strutturata rete di Unità di Offerta. Forse più complessa è la situazione che abbiamo definito a 'bisogno inespresso' per i due Piani di Zona ove il bisogno è elevato in presenza di una limitata rete di offerta.

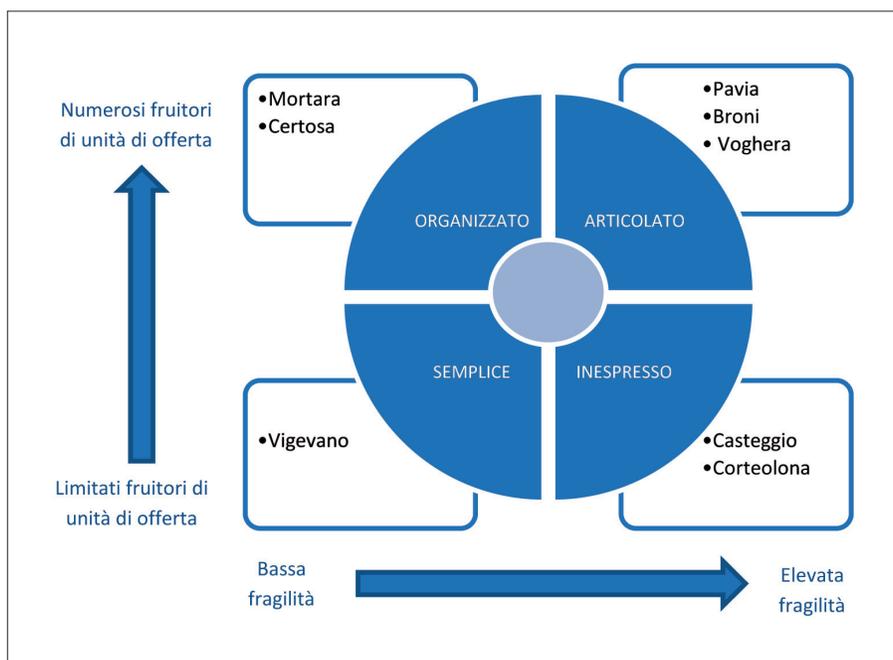


Figura 1. Il bisogno di welfare.

La rete di offerta dei servizi di welfare

Nella sua dimensione quantitativa e qualitativa, la rete di offerta dei servizi di welfare è caratterizzata dalla presenza di Unità di Offerta sia pubbliche che private e da rapporti di *partnership* ed eterogeneità di attori e di servizi offerti. A fianco del Terzo Settore caratterizzato tipicamente da associazionismo e impre-

se sociali, cooperative e fondazioni con forte radicamento territoriale, operano grandi gruppi privati dei servizi sociosanitari e assistenziali su dimensione nazionale e internazionale. Confrontando il numero di posti letto nelle strutture con il numero di UdO presenti sul territorio (strutture per l'infanzia, RSA, CDD, CSS, CDI, Comunità per le dipendenze) si ottengono quattro configurazioni di offerta (figura 2). La maggior parte dei Piani di Zona si connota per un'offerta che abbiamo definito 'semplice', dunque con un numero non elevato di strutture presenti sul territorio e di piccole e medie dimensioni. Pavia e in parte Voghera assumono una configurazione 'strutturata', con strutture di medie e grandi dimensioni e in numero elevato. Certosa rappresenta un ibrido, con caratteristiche prevalenti di struttura semplice, ma anche 'concentrata e frammentata'.

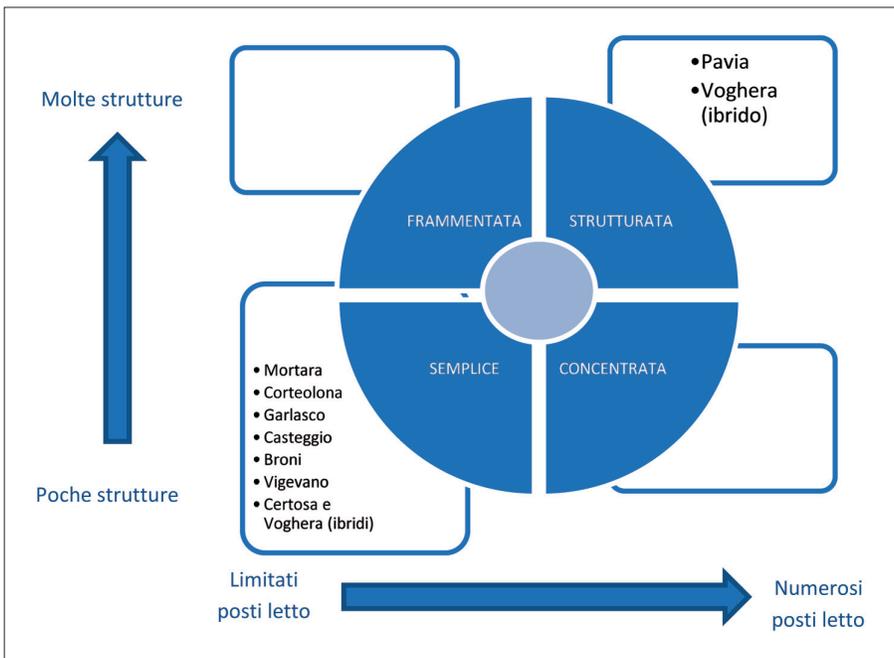


Figura 2. Configurazione dell'offerta.

La governance

Con il termine governance si intendono la configurazione assunta dagli attori coinvolti nella pianificazione zonale e le relazioni di integrazione e coordinamento che tra essi si sviluppano, con particolare attenzione a tutte quelle già consolidate in un quadro istituzionale di gestione associata come le Unioni di Comuni, le Comunità montane e le Convenzioni. A fianco di Piani di Zona caratterizzati da omogeneità

di dimensione amministrativa spesso piccola o piccolissima, ci sono Piani di Zona con il Comune capoluogo di provincia o comunque Comuni di media dimensione che inevitabilmente svolgono un ruolo pivotale rispetto agli altri Comuni del Piano. In questa accezione la governance, più che una premessa al funzionamento del modello di welfare, rischia di diventarne un elemento di complessità, se non addirittura un problema cruciale (Bifulco 2014), identificato in letteratura con la significativa espressione *'governance of the governance'* (Barberis, Kazepov 2013).

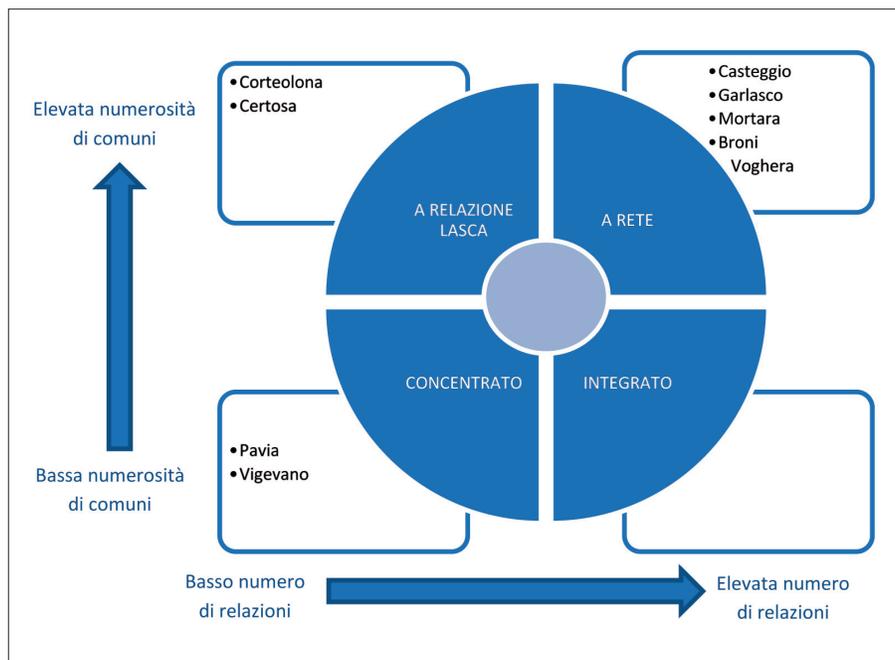


Figura 3. Configurazione dell'assetto di governance.

Analizzando le relazioni consolidate tra Comuni e la loro numerosità nel Piano di Zona si ottengono quattro quadranti. La maggior parte dei Comuni si colloca nel quadrante cosiddetto 'a rete', andando a delineare un sistema di governance complesso dove più attori/livelli interagiscono e cooperano in una rete articolata. Si hanno poi due Piani di Zona definibili 'a relazione lasca' (Weick 1976), con molti Comuni aderenti all'Ambito – spesso di piccole dimensioni – e pochi Comuni con rapporti istituzionalizzati preesistenti. Infine due Piani di Zona rientrano nel quadrante 'concentrato', con un basso numero di Comuni aderenti e la presenza di un grande Comune capofila in posizione di 'baricentro'.

La performance e l'efficacia della pianificazione

Dalle relazioni di interdipendenza tra le 5 variabili individuate sopra, deriva l'efficacia dei servizi erogati e dunque la performance della pianificazione zonale. Quest'ultima è da intendere come efficacia nel rispetto del Piano di utilizzo delle risorse assegnate, così come delle azioni e delle progettualità dichiarate nel Piano a inizio triennio, con particolare riferimento a tutti gli interventi innovativi, e in grado di coinvolgere una dimensione sovracomunale se non sovra-zonale, così come di integrazione sociale e sociosanitaria. Ulteriore elemento di performance è da riscontrare nella capacità di allargare la progettazione e nel coinvolgimento nelle politiche al Terzo Settore e alla cittadinanza, così come nella realizzazione di protocolli e procedure omogenei tra i Comuni, di punti di accesso integrato ai servizi, di indicatori di soddisfazione e *customer satisfaction* dei servizi offerti, di indicatori di copertura territoriale (domanda e offerta) e liste di attesa.

Per misurare il livello di performance e di innovazione della pianificazione dei Piani di Zona della provincia di Pavia, si è deciso di considerare l'ultimo triennio di programmazione (2012-2014) risultante nella cosiddetta Tabella Esiti, inserita dagli Ambiti nei documenti di Piano 2015-2017. Si è così calcolato il numero degli obiettivi raggiunti rispetto al totale degli obiettivi indicati in tabella come indicatore di efficacia. Come indicatore di innovazione si è valutata la qualità degli obiettivi raggiunti in termini di erogazione di nuovi servizi, realizzazione di nuovi progetti, coordinamento con il territorio e con altri Enti pubblici o privati, anche in una dimensione sovra-zonale.

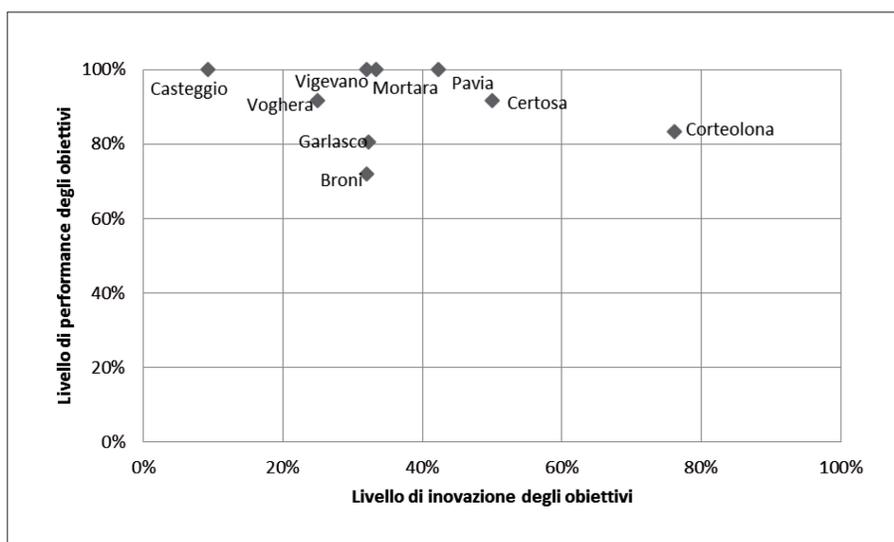


Figura 4. Indicatori di performance della programmazione zonale.

Dalla figura emerge il buon posizionamento di tutti i Piani di Zona per quanto riguarda l'efficacia intesa come raggiungimento degli obiettivi. Da migliorare probabilmente il fronte dell'innovazione, avendo solo una parte dei Piani di Zona che si contraddistingue per almeno la metà di obiettivi raggiunti con caratteristiche di innovazione.

Fatte queste analisi, vale la pena individuare possibili relazioni tra variabili per quanto concerne il funzionamento del modello di analisi e progettazione dell'organizzazione dei Piani di Zona (figura 4), ben consci dei limiti di questa proposta non certo in grado di definire correlazioni statisticamente significative, ma piuttosto 'regressioni logiche' tra variabili.

Una considerazione che pare delinarsi con una certa chiarezza è che i Piani di Zona più performanti siano quelli che hanno un assetto di governance non caratterizzato da forti relazioni preesistenti in termini di Gestioni associate obbligatorie, Unione di Comuni o Convenzioni. Tutti e tre i Piani di Zona (Corteolona, Certosa, Pavia) che riportano le migliori performance in termini di innovazione sono infatti caratterizzati da assetti che vedono la presenza di molti Comuni con poche relazioni, eccezion fatta per Pavia che ha pochi Comuni coinvolti nel Piano di Zona ma comunque limitate relazioni di differente natura tra i Comuni. Riflessione suffragata anche dalla lettura inversa, visto che i Piani di Zona che

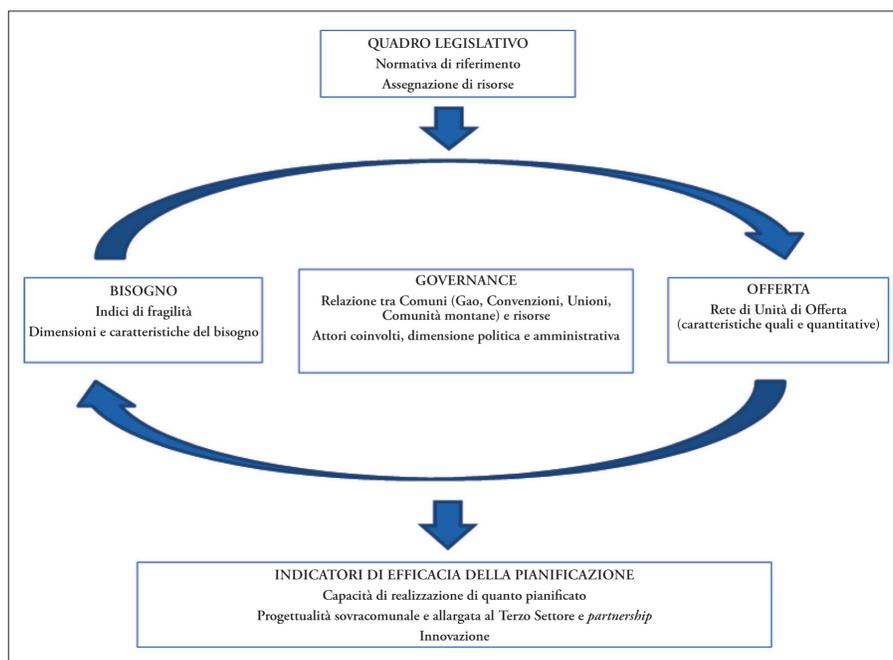


Figura 5. Efficacia della programmazione zonale.

presentano la performance più bassa in termini di innovazione (Casteggio) e la performance più bassa in termini di efficacia (Broni) sono caratterizzati da un assetto di governance con molti Comuni e molte relazioni tra gli stessi. Da qui quale lettura possibile? Si può quasi ipotizzare che l'esclusività della relazione dedicata al welfare sia una condizione prodromica del successo della stessa, mentre la presenza di ulteriori relazioni pregresse renda difficile sia il raggiungimento di tutti gli obiettivi, sia soprattutto la sperimentazione di progetti innovativi, quasi indipendentemente dal numero di Comuni coinvolti nella programmazione. Come a dire che la prevalenza di relazioni pregresse tra Comuni a un certo punto disincentivi l'apertura ad associazioni del Terzo Settore e a varie forme di *partnership*, anche sovra-zonali.

Infine, a testimonianza di questa rilevante relazione, si evidenzia come i Piani di Zona che hanno le migliori e le peggiori performance siano simili sia dal punto di vista dell'analisi del bisogno – caratterizzato da elevata fragilità e dalla presenza sia numerosa che limitata di ospiti nelle strutture del territorio –, sia da un punto di vista dell'offerta, caratterizzata da poche strutture e con un numero limitato di posti letto per struttura. Tra le variabili indicate in figura 5, sembra dunque che quella determinante per la performance sia la governance, dunque l'intreccio di relazioni di programmazione, erogazione e controllo di servizi che i Comuni devono definire al meglio affinché il Piano di Zona sia davvero efficace.

Riferimenti bibliografici

- Barberis E., Y. Kazepov (2013), *Il welfare frammentato*, Roma, Carocci.
- Bifulco L., L. Centemeri (2008), *Governance and Participation in Local Welfare: the case of the Italian Piani di Zona*, «Social Policy & Administration», 42/3, pp. 211-227.
- Bifulco L. (2014), *Citizenship and Governance at a time of territorialisation: the Italian local welfare between innovation and fragmentation*, «European Urban and Regional Studies», 14, pp. 1-17.
- García M., A.C. Salzman, M. Pradel (2004), *The European Employment Strategy: An Example of European Multi-level Governance*, SEI Working Paper 77, University of Barcelona.
- Lawrence P., J. Lorsch (1967), *Organization and Environment*, Boston MA, Harvard Business School.
- Le Galès P. (2002), *European Cities: Social Conflicts and Governance*, Oxford, Oxford University Press.
- Newman J. (2001), *Modernising Governance: New Labour, Policy and Society*, London, Sage.

- Osborne S., L. Brown (2011), *Innovation, public policy and public services delivery in the UK: the word that would be king?*, «Public Administration», 89/4, pp. 1335-1350.
- Peters G., J. Pierre, T. Randma-Liiv (2011), *Global Financial Crisis, Public Administration and Governance*, «Public Organization Review», 11/1, pp. 13-27.
- Rhodes R.A.W. (2000), *Governance and public administration*, in *Debating Governance: Authority, Steering and Democracy*, a cura di Pierre J., Oxford, Oxford University Press, pp. 54-90.
- Sbragia A. (2000), *The European Union as coxswain: governance by steering*, in *Debating Governance: Authority, Steering and Democracy*, a cura di Pierre J., Oxford, Oxford University Press, pp. 219-240.
- Weick K. (1976), *Educational organizations as loosely coupled systems*, «Administrative Science Quarterly», 21/1, pp. 1-19.

THE ORGANIZATION OF THE ITALIAN AREA SOCIAL PLANS

Edited by Pietro Previtali and Paolo Favini

Abstract

The book analyses, from an empirical point of view, the organization of the nine Area Social Plans in the district of Pavia. Through a punctual and up to date observation of social and healthcare events, of institutional arrangements and policy choices, the essay aims to present an overview on the actual status of zonal planning in the district of Pavia. This overview is based on the analysis of some relevant context variables, with particular reference to stakeholders' need, to the social and healthcare services supply now present in the district and to the instruments of governance.

Through the available data analysis, the book examines the planning performance in order to define the effectiveness of the services' supply related to the target population's demands. An accurate assessment of that correspondence is important not only for the system operators, but also for the policy-makers, who have the responsibility of the local welfare planning and management.

Pietro Previtali is an Associate Professor of Business Organization at University of Pavia. He is Rector's Delegate for Human Resources management. Since 1998 he has been teaching and conducting research on the managerial issues surrounding the introduction of information technologies in public agencies, health care organizations and private companies. At present, he is conducting research on compliance and business ethics, especially with reference to accreditation systems.

Paolo Favini is Director of Social and Health Services at ASST of Rho (Milan area). Former Director of Social Services at ASL of Pavia and Former Head of Social Services Department at Municipality of Milan, he wrote more than 110 scientific publications.

L'ORGANIZZAZIONE DEI PIANI DI ZONA IN PROVINCIA DI PAVIA

A cura di Pietro Previtali and Paolo Favini

Abstract

Il volume analizza, da un punto di vista empirico, l'organizzazione dei Piani di Zona nel territorio della provincia di Pavia. Attraverso una puntuale e aggiornata osservazione dei fenomeni sociali e sociosanitari, degli assetti istituzionali e delle scelte di *policy*, il saggio mira a fornire una panoramica sull'attuale stato della programmazione zonale in provincia di Pavia, in relazione alle variabili di contesto e con particolare riferimento al bisogno espresso dagli *stakeholder*, all'offerta di servizi sociosanitari oggi presente sul territorio e alle scelte/strutture di governance.

Attraverso le elaborazioni dei dati esistenti, viene analizzata la resa di tale programmazione al fine di definire il grado di efficacia dell'attuale offerta rispetto alle aspettative della popolazione target cui si rivolge. Una valutazione puntuale di tale corrispondenza è importante non solo per gli operatori del settore, ma soprattutto per i *policy-maker* che ai differenti livelli hanno la responsabilità di programmare e gestire il welfare locale.

Pietro Previtali è Professore di Organizzazione Aziendale presso il Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali dell'Università di Pavia. È Delegato del Rettore per le Risorse umane. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche concernenti principalmente tematiche di organizzazione dei sistemi informativi, modelli organizzativi e compliance aziendale, e-government, gestione delle risorse umane.

Paolo Favini è Direttore Socio Sanitario dell'ASST Rhodense. Già Direttore Sociale dell'ASL di Pavia, Direttore del Settore Politiche per la Salute del Comune di Milano, Dirigente medico di 1° livello presso l'I.R.C.C.S. Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - Polo Universitario - Divisione Urologia, Professore a Contratto presso l'Università degli studi di Milano dal 1990 al 2006, è autore di 110 pubblicazioni scientifiche.