

# **Report di analisi dei Piani di zona 2005-2007 e dei Programmi attuativi 2005**



**maggio 2006**



Assessorato alla Salute

Assessorato alla Promozione delle politiche sociali  
e di quelle educative per l'infanzia e l'adolescenza.  
Politiche per l'immigrazione. Sviluppo del volontariato,  
dell'associazionismo e del terzo settore.

# **Report di analisi dei Piani di zona 2005-2007 e dei Programmi attuativi 2005**

maggio 2006

*Il volume è a cura di Francesca Ragazzini e Anna Rosetti*

*Hanno curato la lettura e analisi dei piani e la stesura del presente Report:*

Baldi Nicoletta  
Baracchini Nicoletta  
Bussadori Viviana  
Cicognani Clara  
Facchini Andrea  
Francia Franca  
Fossati Loredana  
Garagnani Cavallazzi Camilla  
Ioppi Cinzia  
Lama Marisa  
Malaguti Monica  
Martelli Antonio Salvatore  
Mazza Luigi  
Mengoli Franca  
Paladino Maria Teresa  
Puglioli Simonetta  
Ragazzini Francesca  
Rosetti Anna  
Todeschini Alberto  
Tommasini Clara

*Hanno contribuito alla redazione grafica e delle tabelle e alla diffusione e pubblicizzazione del Report:*

Ghermandi Giovanna, Magni Beatrice, Masini Marilena, Musolesi Pina, Squarzanti Silvia.

PROGETTO EDITORIALE: *ALESSANDRO FINELLI*,  
*SERVIZIO POLITICHE FAMILIARI, INFANZIA E ADOLESCENZA,*  
*REGIONE EMILIA-ROMAGNA*  
*VIALE A. MORO, 21 - BOLOGNA* TEL. 051/6397497 FAX 051/6397075  
E-MAIL: [infanzia@regione.emilia-romagna.it](mailto:infanzia@regione.emilia-romagna.it)  
<http://www.regione.emilia-romagna.it/infanzia>

STAMPATO PRESSO LA STAMPERIA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA NEL GIUGNO 2006

## INDICE

<b>PRESENTAZIONE</b>	pag. 7
<b>1 - IL CONTESTO DELL'ANALISI: OBIETTIVI E LIMITI</b>	pag. 9
<b>2 - GLI STRUMENTI E IL PERCORSO</b>	pag. 12
<b>3 - GLI ESITI DELL'ANALISI</b>	pag. 13
3.1 L'OTTICA STRATEGICA: SVILUPPO DEL SISTEMA DI INTERVENTI E SERVIZI, COERENZA AI BISOGNI E AGLI OBIETTIVI REGIONALI DI BENESSERE, INNOVATIVITÀ	pag. 14
3.1.1 <i>Aspetti comuni alle diverse aree d'intervento</i>	pag. 14
3.1.2 <i>Area Responsabilità familiari, capacità genitoriali e diritti dei minori</i>	pag. 16
3.1.3 <i>Area Dipendenze e altre forme di disagio sociale</i>	pag. 20
3.1.4 <i>Area Giovani</i>	pag. 22
3.1.5 <i>Area Immigrazione, asilo, lotta alla tratta</i>	pag. 23
3.1.6 <i>Area Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale</i>	pag. 27
3.1.7 <i>Area Anziani</i>	pag. 30
3.1.8 <i>Area Disabili</i>	pag. 35
3.2 LA TERRITORIALIZZAZIONE, LO SVILUPPO DELLE FUNZIONI ASSOCIATE E I PROCESSI DI PARTECIPAZIONE	pag. 40
3.2.1 <i>Funzioni di coordinamento di livello provinciale</i>	pag. 40
3.2.2 <i>Funzioni di coordinamento di livello distrettuale</i>	pag. 42
3.2.3 <i>Processi di partecipazione (il Terzo settore, le Organizzazioni sindacali, i cittadini)</i>	pag. 46
3.2.4 <i>Il governo e la gestione a livello zonale dell'integrazione sociosanitaria</i>	pag. 49
3.2.5 <i>Associazione delle funzioni</i>	pag. 52
3.2.6 <i>Regolamenti comuni e applicazione dell'ISEE, politiche tariffarie</i>	pag. 55
3.3 IL BILANCIO DEL PROGRAMMA ATTUATIVO	pag. 59
3.3.1 <i>La spesa pubblica per Area di intervento</i>	pag. 65
3.3.2 <i>La spesa pubblica e l'integrazione socio-sanitaria</i>	pag. 67
3.3.3 <i>La spesa pubblica: ripartizione per fattori di spesa</i>	pag. 70
3.3.4 <i>Spesa pubblica pro-capite</i>	pag. 75
3.3.5 <i>I bilanci di Zona nelle tabelle 3A e 3B</i>	pag. 79
3.3.6 <i>Confronto fra il consuntivo 2003 e la spesa di previsione 2005</i>	pag. 84

<b>4 - CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE</b>	pag. 86
<b>ALLEGATO 1 – SCHEDA DI ANALISI DEI PIANI DI ZONA E DEI PROGRAMMI ATTUATIVI</b>	pag. 95
<b>ALLEGATO 2 - RIEPILOGO DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA, DEI PROTOCOLLI DI ADESIONE CON IL TERZO SETTORE, DELLE FORME DI CONCERTAZIONE CON I SINDACATI</b>	pag. 107
<b>ALLEGATO 3 – LINEE GUIDA PER L’ELABORAZIONE DEI PIANI DI ZONA 2005-2007 (ESTRATTO DALLA DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 615/04)</b>	pag. 117
<b>ALLEGATO 4 – APPENDICI STATISTICHE SULLA SPESA</b>	pag. 127
<i>APPENDICE 1- Spesa pubblica, sociale e socio-sanitaria, per area di intervento (zona campione)</i>	pag. 127
<i>APPENDICE 2 – Spesa sociale e socio-sanitaria per aree di intervento</i>	pag. 130
<i>APPENDICE 3 – Spesa sociale e socio-sanitaria disaggregata per macro-tipologie di interventi (per area di intervento)</i>	pag. 133
<i>APPENDICE 4 – Spesa pubblica pro-capite per area di intervento</i>	pag. 141
<i>APPENDICE 5 – I Bilanci delle zone del campione</i>	pag. 146
<i>APPENDICE 6 – Confronto tra consuntivo 2003 e spesa di previsione 2005 per zona campione</i>	pag. 172

## **Presentazione**

*Nel 2004 è terminato il triennio di sperimentazione del sistema di programmazione sociale introdotto con la L.328/00 e fatto proprio dalla Regione Emilia-Romagna con la L.R. 2/03. A partire dal 2005 quindi i Piani di zona sono diventati uno strumento ordinario di programmazione sociale e sociosanitaria.*

*Abbiamo scelto di fare una lettura a campione dei documenti di Piano elaborati per il triennio 2005-2007 e dei Programmi attuativi 2005 e ciò che ne è emerso sono alcuni importanti informazioni:*

- Il processo si è in questa seconda fase consolidato, sia in termini di sedi di confronto (istituzionali e tecniche) sia in termini di percorso e di strumenti operativi adottati (uffici di piano).*
- Le zone hanno iniziato una proficua riflessione in merito all'opportunità di avviare l'esercizio associato delle funzioni sociali, utilizzando le forme associative previste dalle leggi nazionali e regionali. Il processo di trasformazione aziendale delle IPAB ha sicuramente agevolato e stimolato questa riflessione.*
- La partecipazione al processo di elaborazione dei Piani di zona del Terzo settore e del sindacato si è maggiormente connotata e definita, è stata cioè prestata maggiore attenzione a individuare rappresentanze politiche o tecniche adeguate alle specifiche sedi di confronto. La concertazione con i sindacati è apparsa più strutturata in tutte le zone.*

*L'elaborazione dei piani ha costituito poi, a livello territoriale, un momento utile di confronto su alcuni temi sviluppatasi in attuazione della L.R. 2/03. Questa riflessione si è in seguito sviluppata in alcuni tavoli di confronto di livello regionale (Cabina di regia per le politiche sanitarie e sociali e relativi gruppi tecnici; Tavolo Regione-Province-Comuni capofila), in cui i referenti individuati per ciascun territorio hanno fornito utili contributi alla discussione su: integrazione socio-sanitaria, Fondo Regionale per la Non-autosufficienza, definizione dei criteri per l'accreditamento, trasformazione delle IPAB in Aziende di Servizi alle Persone.*

*Sul piano dei servizi, la lettura dei documenti di programmazione ha inoltre messo in luce come nonostante la difficile situazione economica che il nostro paese sta attraversando, il sistema dei servizi appaia in Emilia-Romagna vario e capillarmente diffuso. I servizi e gli interventi innovativi, avviati in anni*

*recenti, solo raramente hanno subito ridimensionamenti, per lo più invece si sono strutturati e qualificati, garantendo così l'ampliamento e la diversificazione dell'offerta, in risposta ai bisogni nuovi della popolazione.*

*La diminuzione progressiva di risorse a disposizione degli Enti Locali per il sostegno alla rete dei servizi non ha fino ad oggi compromesso l'investimento locale sulle politiche sociali. Ciò emerge anche dal dato di spesa relativo al concorso dei Comuni nel finanziamento dei Programmi finalizzati regionali, in molte realtà decisamente più alto rispetto alle previsioni regionali. Questo prova l'impegno dei territori e l'importanza di condividere obiettivi in ambiti territoriali più ampi del singolo Comune.*

*I dati sulla spesa evidenziano poi che vi è stata, anche sul piano delle risorse, un'integrazione reale tra Comuni e Aziende USL, in quanto in quasi tutte le aree di intervento si è rilevato un concorso nel finanziamento da parte di entrambi gli enti, a dimostrazione dell'impegno di investire congiuntamente su bisogni complessi e difficilmente frammentabili.*

*Riteniamo assai utile per il futuro continuare a osservare e monitorare le azioni di elaborazione dei Piani di zona e di trasformazione complessiva del sistema territoriale delle politiche sociali e socio-sanitarie, sia in termini di organizzazione che di scelte strategiche settoriali.*

*Le scelte settoriali e i dati sulla spesa sono un indicatore fondamentale sulle prospettive di evoluzione futura del sistema. Vanno quindi osservati con continuità.*

*Il lavoro di esame non si ferma quindi a questo primo report. Il prossimo passo deve essere lo sviluppo di un sistema più ampio e articolato di valutazione, un sistema regionale che coinvolga i vari livelli territoriali, definendo strumenti, ruoli dei soggetti istituzionali e indicatori di valutazione delle politiche sociali realizzate con i Piani di zona.*

**Anna Maria Dapporto**

Assessore alla Promozione delle politiche sociali e di quelle educative e dell'infanzia e l'adolescenza.  
Politiche per l'immigrazione. Sviluppo del volontariato, dell'associazionismo e del Terzo settore

**Giovanni Bissoni**

Assessore alle Politiche per la Salute

## 1 - Il contesto dell'analisi: obiettivi e limiti

Il Piano di zona è stato introdotto dalla legge 328/2000 e dalla L.R. 2/03 come strumento strategico per governare le politiche sociali a livello territoriale e per costruire un nuovo sistema di relazioni tra i diversi soggetti istituzionali e sociali.

Con i Piani si definiscono infatti gli obiettivi e gli interventi prioritari in area sociale e sociosanitaria, rivolti all'insieme della popolazione di un territorio, ricercando l'integrazione tra le politiche dei singoli Comuni e tra le politiche delle diverse aree (famiglie, bambini e adolescenti, giovani, immigrati, dipendenze e disagio sociale, povertà, anziani, disabili), tra le politiche comunali nel loro insieme e la programmazione del Distretto sanitario, tra le politiche sociali e le politiche sanitarie, formative, del lavoro, educative, abitative, della mobilità.

Programmare nell'area delle politiche sociali, cioè dell'insieme di attività che fanno parte della vita sociale e del benessere di ciascuno, bambino, giovane, adulto o anziano che sia, significa perciò anche definire sedi e modalità di rapporto e integrazione tra i diversi soggetti istituzionali (Comuni singoli, Comune capofila, forme associative, Distretto e Azienda Usl, amministrazioni statali, sistema della formazione professionale e centri per l'impiego), nonché promuovere la partecipazione di tutti i soggetti sociali e in particolare del Terzo settore, delle rappresentanze dei cittadini, delle organizzazioni sindacali, in un'ottica di diffusione della responsabilità sociale.

E' importante ricordare che il triennio 2005-2007 è il primo di programmazione a regime, in quanto gli anni 2002-2004 sono stati di sperimentazione.

L'approccio che ha guidato la lettura e analisi dei Piani e dei Programmi attuativi ha due obiettivi:

1. ricostruire le **modalità di coordinamento del processo di elaborazione del PdZ e i processi di partecipazione** attivati a livello provinciale e locale e quindi il modo in cui i Piani hanno saputo costruire e sviluppare un nuovo sistema di relazioni, tra gli attori istituzionali e tra questi e gli attori sociali;



2. comprendere se e come il piano è stato pensato e utilizzato come strumento per **produrre cambiamenti nelle politiche sociali e nel sistema locale di servizi e interventi**, e ciò sia tramite la previsione di azioni di sviluppo e qualificazione degli interventi in aree specifiche di bisogno, sia tramite azioni di sistema, miranti a consolidare il livello associato di governo delle politiche sociali.

Questo secondo obiettivo e focus dell'analisi si potrebbe definire come un'analisi del "prevedibile impatto" del piano sul sistema e sul territorio: costituisce infatti un limite oggettivo il fatto che le fonti dell'analisi siano esclusivamente previsionali e documentali, costituite cioè, per ciascuna zona, dal documento programmatico triennale, dal documento del Programma attuativo annuale, comprensivo dei Programmi provinciali, dall'Accordo di programma e dalle diverse tabelle di supporto alla programmazione, compresa la rilevazione previsionale della spesa per l'anno 2005. È bene tenere presente leggendo il Report che l'analisi è costruita esclusivamente su quanto ricavabile dai documenti di piano: si è cercato cioè di tenere "fuori" le conoscenze dirette del contesto da parte dei lettori, proprio per capire come il documento di piano esplicita le scelte e i percorsi.

Si è mirato quindi a individuare tendenze nelle scelte programmatiche rispetto al prevedibile impatto sul sistema locale, sulla base delle intenzioni dichiarate, dell'insieme di azioni, progetti e motivazioni che sostanziano le scelte, dei dati sulla spesa e sull'offerta.

Occorre tenere conto del fatto che a volte nei documenti sono state date per scontate e quindi non esplicitate informazioni che invece sarebbero state utili nel ricostruire percorsi e scelte (e che magari erano note per conoscenza diretta a qualcuno dei "lettori" del Piano): ciò ha portato a riconoscere che, nonostante la lunghezza di molti documenti, spesso nelle realtà "c'è di più" di quanto emerge dai documenti. Oppure al contrario in alcuni casi ci sono state ridondanze, o livelli eccessivi di analiticità, così che sono risultati appesantimenti nella lettura.

Come pure, sia la struttura dei documenti sia l'utilizzo delle tabelle, entrambi concordati nei gruppi di lavoro con gli Enti locali operativi nel periodo gennaio-

marzo 2005, sono risultati piuttosto eterogenei, rendendo non facile la lettura in alcuni casi.

Infine, è importante, nel valutare le tendenze che emergono, considerare che questa analisi, essendo riferita a un campione, costituisce essenzialmente **un primo schema di riferimento** che andrà confermato e integrato dalla lettura completa dei piani.

Il tema della **leggibilità** dei piani è senz'altro importante, non solo in un'ottica di analisi regionale, ma anche a livello locale, come fattore di trasparenza nei confronti di tutti gli attori che concorrono alla programmazione e alla realizzazione del sistema, e anche di tutti i cittadini, utenti finali delle politiche. La disponibilità e la agevole fruibilità di un supporto informatico del piano fa anch'essa riferimento a questa esigenza di trasparenza.

La leggibilità e l'uso di format omogenei e di un indice comune favoriscono la comparabilità a livello regionale, provinciale e zonale, come strumento di riflessione e di lavoro per tutti e tre i livelli.

Le **dimensioni** che sono state oggetto dell'analisi riguardano gli orientamenti programmatori triennali, le scelte annuali, il processo di elaborazione del piano, con particolare riferimento a:

- ⇒ l'ottica strategica nelle aree di intervento: sviluppo del sistema di interventi e servizi, coerenza ai bisogni e agli obiettivi regionali di benessere, innovatività, integrazione delle politiche;
- ⇒ la territorializzazione e lo sviluppo delle funzioni associate, approfondendo in particolare: le funzioni di coordinamento a livello provinciale e zonale, le caratteristiche del processo di costruzione e approvazione del piano, con un approfondimento sull'integrazione con il Distretto sanitario nel processo di programmazione, la gestione associata, l'accesso, le politiche tariffarie e l'applicazione dell'ISEE;
- ⇒ i processi e gli strumenti di partecipazione del Terzo settore, delle organizzazioni sindacali, dei cittadini (tavoli, protocolli, verbali, ...);
- ⇒ la spesa sociale e sociosanitaria e le risorse disponibili in entrata.

La selezione di queste dimensioni prioritarie di analisi è stata fatta in coerenza con gli indirizzi, gli obiettivi d'area e le linee guida che hanno orientato la

programmazione zonale, contenuti nella Delibera C.R. 615/2004, e gli strumenti operativi di programmazione, diffusi nel marzo 2005 dopo il lavoro congiunto con Comuni e Province per la relativa redazione.

Nella stessa Del. CR 615/2004 viene individuata la valutazione come parte integrante della programmazione sia in itinere che nella fase finale del triennio, e si indica anche l'opportunità che negli Accordi di programma e nei Protocolli di adesione agli Accordi stessi vengano definiti sedi e momenti di monitoraggio e valutazione anche in modo congiunto con i diversi soggetti.

Nel documento diffuso nel febbraio 2005 "Piano regionale sociale e sanitario 2005-2007: materiali per l'avvio della consultazione" la valutazione è prevista per i diversi livelli di governo: regionale, provinciale, di zona, con il comune intento di analizzare le azioni e i processi programmati, riorientarli e riprogettare gli interventi futuri, in un quadro in cui tali livelli si alimentino a vicenda, divenendo l'uno risorsa per l'altro. Nel documento stesso è contenuta anche una prima proposta articolata sulla **costruzione di un sistema regionale di monitoraggio e valutazione**, del quale in particolare andranno condivisi ruoli dei soggetti coinvolti, ambiti, strumenti, indicatori di risultato e di processo, azioni formative. Obiettivo regionale è quello di lavorare con i diversi soggetti alla costruzione di tale sistema nel corso del 2006, in modo da avviarlo concretamente a partire dal 2007.

È evidente che la lettura e analisi dei piani 2005-2007 compiute ora a livello regionale e oggetto del presente Report, non è ancora parte di tale sistema, anche se potrà fornire materiale di riflessione anche per la prossima definizione degli aspetti più propriamente metodologici e tecnici. È per questo motivo che si è scelto di parlare di "lettura e analisi" dei piani più che vera e propria valutazione.

## **2 - Gli strumenti e il percorso**

Considerata la quantità davvero rilevante dei materiali e al tempo stesso la necessità di elaborare a medio termine - per un apporto efficace al Piano regionale in corso di definizione - un'analisi trasversale dei Piani che evidenzii tendenze regionali nelle scelte prioritarie nelle diverse aree, nei processi di

partecipazione attivati, nelle azioni di sistema avviate, si è adottata una soluzione molto mirata, scegliendo:

- ⇒ ambiti di analisi circoscritti, riferiti alle dimensioni sopra evidenziate (integrazione delle politiche, ottica strategica e innovatività nelle aree d'intervento, territorializzazione e sviluppo delle funzioni associate, processi di partecipazione, leggibilità);
- ⇒ uno strumento molto mirato, una scheda (in Allegato 1 – Scheda di analisi dei Piani di zona e dei Programmi attuativi) che declina gli ambiti di analisi in una serie di domande quasi tutte a risposta chiusa; la presenza di punteggi di fatto non è stata strumento per costruire "graduatorie" ma per verificare e confermare la percezione complessiva di ciascun piano, la cui lettura, a seconda del tema analizzato, è stata fatta da "lettori" diversi;
- ⇒ un unico "soggetto" lettore, la Regione, e in particolare il gruppo interservizi per il monitoraggio e la valutazione dei Piani, della Direzione generale Sanità e politiche sociali, che è stato costituito nel 2003, per la valutazione dei piani sperimentali; di tale gruppo fanno parte tutti i funzionari referenti delle diverse aree di programmazione.
- ⇒ l'analisi è stata centrata su un campione statisticamente rappresentativo dei piani (circa un terzo, 12 su 39<sup>1</sup>). Il campione è stato ricavato selezionando le zone secondo alcune dimensioni: popolazione per classi d'età (per pop 0-14 anni, pop 15-74, pop >74), popolazione totale, zona altimetrica dei comuni (le zone con una % di popolazione residente in comuni di montagna superiore all'80%, zone di collina, di pianura e miste), 3 zone con capoluogo di provincia. Nel campione è stata inserita almeno 1 zona per ogni territorio provinciale, e il comune di Bologna. Il campione così composto non è rappresentativo a livello provinciale ma solo a livello regionale. Il presente report fa riferimento ai piani del campione mentre si sta già procedendo per completare l'analisi.

### 3 - Gli esiti dell'analisi

<sup>1</sup> Il campione è costituito da Distretto Montagna (PC); Valli Taro e Ceno (PR); Scandiano (RE); Modena; Castelfranco Emilia (MO); Casalecchio di Reno (BO); Bologna; Ferrara Centro Nord; Lugo (RA); Forlì; Cesena-Valle Savio (FC); Riccione (RN).

### **3.1 L'ottica strategica: sviluppo del sistema di interventi e servizi, coerenza ai bisogni e agli obiettivi regionali di benessere, innovatività**

#### 3.1.1 Aspetti comuni alle diverse aree d'intervento

Emergono dalla lettura nelle diverse aree alcuni elementi trasversali, descritti di seguito.

- **La lettura dei bisogni:**

- non è omogenea la compilazione della griglia predisposta assieme a Comuni e Province;
- in alcuni casi non si evince un utilizzo della griglia come strumento, ma piuttosto come adempimento, inteso come debito informativo nei confronti della Regione;
- è presente un'eterogeneità degli strumenti di lettura del bisogno nelle diverse zone, che andrà valorizzata e condivisa per arrivare a strumenti comuni
- emerge più in generale la "difficoltà" di individuare il bisogno senza metterlo in relazione con le tipologie di servizi già esistenti o di progetti previsti

- **I Programmi finalizzati:**

- in alcune realtà c'è un inadeguato coordinamento tra i diversi Programmi di un'area, o di aree diverse ma integrabili, creando a volte situazioni di non completa razionalizzazione nell'utilizzo dei fondi finalizzati. La presenza di vincoli nell'utilizzo di una quota di risorse non deve essere motivo di mancanza di connessione tra programmi e interventi "confinanti".

- **Consolidamento:**

- emerge la tendenza positiva in molte realtà a trasformare progetti in servizi, o in interventi comunque con un buon grado di strutturazione e continuità, adeguando di anno in anno anche singoli aspetti perchè l'offerta risponda meglio ai bisogni dell'utenza. Questa tendenza è confermata in questi casi dall'incremento graduale delle risorse comunali rispetto a quelle messe a disposizione dalla Regione per finanziare l'intervento.

- **Il lessico della programmazione:**
  - Si rileva una presenza solo parziale di un linguaggio comune, in particolare rispetto a una condivisione diffusa del significato di parole chiave come *bisogni, obiettivi, azioni, indicatori*. Ciò conferma l'esigenza di costruire un sistema di valutazione in un'ottica regionale che dia basi comuni anche all'approccio metodologico alla programmazione.
- **Tavoli tematici:**
  - Si è rilevata una certa eterogeneità nell'organizzazione dei tavoli tematici. In alcune realtà hanno lavorato per singole aree di intervento. In altre sono state accorpate più aree in uno stesso tavolo (ad esempio laddove vi è un tavolo adulti con disagio che copre le aree Dipendenze, Esclusione sociale, Immigrati). In questi ultimi casi, non sempre sono state presenti professionalità specifiche per le singole aree, a scapito della valorizzazione delle peculiarità delle diverse aree.
- **Integrazione con le altre politiche:**
  - Questo tema è presente con le sue specificità nelle diverse aree. Dalla lettura del campione dei piani di zona rispetto al concetto di integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie con le altre politiche (educative/ scolastiche, formative, del lavoro, abitative, del turismo, dell'ambiente, della sicurezza, urbanistiche e della mobilità) emerge una realtà attenta a fare sistema, a riconoscere problemi emergenti a cui dare risposta, a focalizzare l'attenzione sulla persona nella sua integrità e sul nucleo familiare nel quale vive. Una realtà dalla quale emerge anche un'attenzione al concetto di integrazione inteso come convergenza delle scelte, delle azioni e delle risorse. In particolare in alcune zone si rileva un utilizzo dei meccanismi di raccordo tra i fondi messi a disposizione dalla Unione Europea (in particolare iniziative e programmi comunitari Equal ecc.) e le risorse ordinarie, che contribuiscono alla realizzazione di progetti volti a rispondere a specifici bisogni. Rispetto agli strumenti di integrazione

si rileva che in quasi tutte le zone del campione, sia quelle in cui il concetto di integrazione è radicato ed è diventato una metodologia di lavoro trasversale ai settori, sia quelle in cui si è avviato un percorso che dovrà svilupparsi nel corso del triennio, hanno realizzato tavoli, gruppi permanenti, figure di coordinamento e uffici comuni. In specifico possiamo notare come in alcuni ambiti territoriali vi sia una coprogettazione e una gestione congiunta del progetto attraverso l'individuazione di una figura di coordinamento o di figure di sistema nonché l'individuazione di facilitatori. Vi sono però alcune zone dove il tema dell'integrazione delle politiche è avvertito come importante e strategico ma non riesce a concretizzarsi se non in alcune specifiche aree di settore (inserimento lavorativo delle fasce svantaggiate), rimanendo un enunciato o una dichiarazione di intenti per il triennio.

### 3.1.2 Area Responsabilità familiari, capacità genitoriali e diritti dei minori

#### **La transizione dai Piani ex L.285 ai Piani di zona e il rapporto tra Programmi provinciali e Programmi zonali**

La progettazione dei Piani di zona di questo secondo triennio per ciò che concerne l'area responsabilità familiari, infanzia e adolescenza si caratterizza come primo approccio alla pianificazione zonale dopo l'esperienza di progettazione relativa alla legge 285/97. Si tratta quindi della costruzione del primo Programma territoriale infanzia e adolescenza post 285, fuori dall'impianto metodologico tipico di quella progettazione, travasato nella progettazione più allargata dei Piani di zona.

A livello metodologico sembra che la prassi di lavoro propria della progettazione 285 sia stata trasferita in modo abbastanza naturale nella pianificazione zonale adattandosi al nuovo contesto operativo più ampio con i necessari aggiustamenti.

In tutte le realtà esaminate sono stati mantenuti i tavoli di lavoro 285 in una cornice però più allargata, evitando di rimanere scollegati dalle altre politiche sull'infanzia e adolescenza ed integrandoli sempre con l'area delle responsabilità familiari e talvolta anche con l'area giovani. Tuttavia questa continuità metodologica non ha garantito una continuità di programmazione di

area che, come vedremo, si è innestata su filoni di finanziamento non sempre pertinenti.

Questo dato di scollegamento tra la realtà locale e quella regionale può essere connesso a un venir meno del ruolo strategico provinciale, che non sembra sia riuscito a mantenere quella funzione di cerniera e collegamento tra programmazione regionale, provinciale e territoriale che prima esercitava.

Questo coordinamento sovra-distrettuale debole è ulteriormente avvalorato dal fatto che diverse zone, almeno 4 su dodici, (1/3 del campione individuato), non hanno utilizzato gli strumenti concordati per la progettazione.

Nel settore della tutela e accoglienza dei bambini e ragazzi la "formula" della programmazione provinciale come dimensione territoriale di riferimento è stata scelta come la più adeguata in quanto in grado di meglio corrispondere alle particolari caratteristiche e ai complessi bisogni dei destinatari.

Da un livello di programmazione sovra-distrettuale risulta infatti possibile offrire una risposta maggiormente qualificata ed omogenea, permettendo di dedicare alle funzioni di tutela e accoglienza operatori maggiormente formati, esperti, nel rispetto della continuità e mirando al raggiungimento di "standard" quali-quantitativi minimi regionali.

L'efficacia funzionale e operatività tecnica di tale scelta viene ampiamente confermata laddove nelle Province è presente una coerente e convinta assunzione del ruolo di coordinamento, anche attraverso l'utilizzo del "tavolo tecnico provinciale". Il tavolo rappresenta luogo di confronto, elaborazione, verifica, e collegamento con la programmazione zonale.

Dalla lettura dei programmi provinciali si è constatato che l'efficacia degli stessi dipende anche dalla periodicità degli incontri, riconoscibilità e rappresentatività degli operatori appartenenti ai tavoli.

Il livello delle risposte in termini di interventi, servizi e progetti risulta invece meno adeguato dove questa assunzione di ruolo sia da parte della provincia sia da parte del "tavolo" risulta meno strutturata. A volte si è infatti optato per una parziale/totale delega delle funzioni ad altri soggetti e un minor coinvolgimento in fase di programmazione e verifica degli interventi da parte



della pluralità degli attori coinvolti nei tavoli (operatori sociali, sanitari, scolastici-educativi, della giustizia, del terzo settore ecc.).

Dalla lettura dei programmi provinciali è emerso che in alcune realtà provinciali si è raggiunto invece, un elevato livello di capacità di analisi, controllo e gestione dei processi programmatori, grazie anche all'adeguato utilizzo di strumenti di verifica (es. analisi ed elaborazione dei dati provenienti da fonte Sisa o grazie a rilevazioni ad hoc, questionari di gradimento ecc.).

Alcune proposte presenti nei programmi provinciali, anche di tipo innovativo possono rappresentare uno stimolo di confronto a livello inter-provinciale o regionale, per la diffusione di buone prassi, mostrando di mirare ad un innalzamento della qualità degli interventi, anche partendo da suggerimenti e analisi nate dal confronto con gli operatori dedicati e presenti ai tavoli di coordinamento provinciale.

### **L'analisi dei bisogni e le tendenze rilevabili nelle scelte programmatiche**

I dati che emergono dalla lettura delle dodici schede evidenziano una situazione che si attesta prevalentemente su valori medi. Ciò significa che una lettura complessiva porta ad attutire le situazioni che si pongono più agli estremi.

La lettura dei bisogni e dell'offerta è stata indicata dalla quasi totalità dei Piani di zona considerati in modo, però, più o meno approfondito e parziale. Risulta comunque estremamente difficile valutare quanto gli obiettivi indicati siano rispondenti ai bisogni espressi poiché non è sempre lineare e condivisa la modalità di rilevazione dei bisogni stessi.

L'altro elemento da evidenziare riguarda la rispondenza alle indicazioni regionali sulle priorità da individuare: anche se in prevalenza le linee regionali sono state abbastanza seguite vi sono alcune realtà che le hanno in parte disattese o che le hanno recepite in altri programmi attuativi (v. quello per l'area giovani).

Inoltre a questo aspetto si connette la presentazione di progetti che vengano finanziati da fonti non del tutto pertinenti a quell'area d'intervento (es.

interventi di gestione di servizi educativi 0-3 all'interno del Programma finalizzato infanzia e adolescenza). Si genera così il rischio di non controllare più il flusso dei finanziamenti e la loro eventuale sovrapposizione con altre fonti di finanziamento; rischio che è in contrasto con la logica zonale e che può essere affrontato con una buona azione da parte della figura di sistema per l'area infanzia e adolescenza e responsabilità genitoriali.

Unitamente a questo aspetto si collega il discorso della continuità con la progettazione precedente che è elemento di qualificazione del progetto stesso, e che dovrebbe discendere da un'azione di valutazione che orienta la scelta di quali progetti fare proseguire, consolidare, qualificare, estendere, innovare e quali ritenere esauriti perché non rispondenti con le finalità del programma.

In questa prospettiva l'elemento di innovazione si traduce spesso non tanto nel proporre progetti nuovi, sperimentali, ma soprattutto nel presentare progetti in continuità. Tali progetti consolidano aspetti di riuscita, modificano gli elementi di criticità per renderli più rispondenti alle esigenze che si evidenziano nel corso di realizzazione del progetto, e che innestano all'interno di questo impianto elementi di novità e creatività, sorti anche in corso d'opera su bisogni espressi dall'utenza stessa.

Il quadro della programmazione si caratterizza per una serie di interventi che vanno principalmente in tre direzioni:

- a) sostegno della genitorialità specialmente attraverso gruppi di formazione e confronto o momenti di consulenza (v. sportelli psicopedagogici all'interno della scuola);
- b) risposte alle situazioni di disagio con un'attenzione forte alla realtà dei bambini e delle famiglie immigrate;
- c) potenziamento delle iniziative di aggregazione, di promozione della cittadinanza attiva con un interesse al coinvolgimento dell'intera comunità.

Un'area d'intervento abbastanza nuova ma che pare sia oggetto di intervento da parte di più realtà territoriali riguarda la prevenzione e il contrasto al fenomeno del bullismo nelle scuole e le forme di orientamento e azione contro la dispersione scolastica.

Per quanto riguarda le scelte di integrazione con le altre politiche si registra una tensione rispetto all'integrazione socio-sanitaria che è trasversale a tutti i piani di zona esaminati, seguita di pari passo dall'integrazione con la realtà della scuola che sempre più frequentemente appare il partner privilegiato per una progettazione congiunta; si segnala inoltre un forte impegno rispetto alle politiche per la casa per quanto concerne l'area delle responsabilità familiari. Infine tutti i piani esaminati hanno presentato una progettazione relativa alla figura di sistema evidenziando l'opportunità di questa funzione nella propria realtà spesso rappresentata non da una singola persona ma da un gruppo. Traspaiono le criticità relative a una fase di avvio che richiede di essere supportata e rafforzata.

### 3.1.3 Area Dipendenze e altre forme di disagio sociale

L'area dipendenze è spesso inserita nei tavoli che si occupano di povertà/esclusione/disagio. In 2 zone il Sert è presente ai tavoli che si occupano di lavoro. Analizzando il rapporto tra presenze, discussione nei tavoli e progettazione nelle zone dove non è stato costituito un tavolo specifico sulle dipendenze, sembra emergere che, dove non è stato preliminarmente condiviso l'obiettivo della ricomposizione e della collaborazione tra le diverse aree di intervento e della razionalizzazione delle risorse, prevalgono le aree "forti" a discapito delle altre. Nell'area in esame le Province non svolgono ruoli di coordinamento.

### **L'analisi dei bisogni e le tendenze rilevabili nelle scelte programmatiche**

La lettura dei bisogni e l'individuazione delle criticità sono presenti nella quasi totalità dei piani esaminati, con l'eccezione di 1 Piano che non effettua la lettura dei bisogni nella griglia di analisi, ma soltanto nel Piano attuativo.

In due Piani la lettura dei bisogni è poco dettagliata.

Va rilevato che ogni Piano effettua la lettura dei bisogni secondo propri parametri che non vengono esplicitati e ciò rende problematica la valutazione.

Il bisogno di lavoro è quello più segnalato. La criticità maggiormente segnalata riguarda la difficoltà ad intervenire nei confronti degli stranieri con problemi legati all'uso di sostanze. Il problema è maggiore per gli stranieri clandestini.

In tutti i piani gli obiettivi individuati sono coerenti con quelli regionali.

In un Piano il rapporto tra obiettivi e bisogni non è coerente.

Un Piano non definisce indicatori triennali, due Piani non definiscono indicatori annuali.

Per quanto riguarda l'integrazione con le altre politiche, nell'area delle dipendenze la condivisione dei progetti tra Comuni e AUSL era indispensabile.

In tutte le zone esaminate, è indicata adesione a progetti specifici e condivisione di percorsi assistenziali, con una sola eccezione, dove, tuttavia, si riscontra che i progetti del piano attuativo prevedono la collaborazione tra i due soggetti.

7 piani hanno dichiarato la garanzia di risorse economiche definite, 2 non le dichiarano.

Per 3 piani si rileva che tali risorse non sono indicate nella relativa tabella, ma contemporaneamente sono segnalati protocolli o accordi specifici tra AUSL e Comuni in cui sono previste anche le risorse.

In alcuni piani non vi è coerenza tra gli obiettivi triennali ed il piano attuativo annuale 2005. Questo fa ritenere che ci siano problemi di collegamento tra Uffici di Piano e singole aree di lavoro.

Gli strumenti più utilizzati sono i protocolli e gli accordi tra Comuni e AUSL, in molti casi con la partecipazione di soggetti del Terzo settore.

I richiami alle altre aree sono prevalentemente finalizzati ad evidenziare la necessità di costruire reti ed interrelazioni oggi poco strutturate. Le aree più richiamate sono esclusione sociale, immigrazione, minori. I progetti integrati con altre aree riguardano principalmente il lavoro. A questo proposito si segnala che i progetti di integrazione lavorativa fanno riferimento al programma dipendenze e non all'apposito programma finalizzato sull'inserimento lavorativo. Altri progetti integrati riguardano, in misura minore, la scuola, la casa ed i trasporti nelle aree più disagiate, in particolare in quelle montane, dove, tuttavia, il tema della dipendenze non è prioritario.

I progetti dei Piani attuativi sono prevalentemente in continuità con gli anni passati. Gli elementi di sviluppo riguardano la qualificazione e l'adeguamento della progettazione già sperimentata positivamente. Si rileva come elemento positivo che in molti casi la ridefinizione degli interventi avviene sulla base della valutazione di processo o di esito.

Nei Piani delle zone urbane c'è un progetto di riduzione del danno e di Unità di Strada. Tuttavia la lettura dei Piani nel corso degli anni fa rilevare come questi interventi siano i più penalizzati dalla diminuzione delle risorse disponibili.

In tutti i piani esaminati c'è un progetto riguardante il lavoro.

Non ci sono progetti specifici riguardanti l'utenza multiproblematica, che era uno degli obiettivi prioritari indicati nella delibera regionale. E' presente un richiamo tra i destinatari di alcuni progetti di inserimento lavorativo.

8 Piani su 12 non indicano interventi di innovazione/sperimentazione.

#### 3.1.4 Area Giovani

L'area giovani è per lo più inserita nei tavoli famiglia, infanzia, adolescenza.

Nei piani non c'è un'attenzione specifica nei confronti delle politiche sociali per i giovani nella accezione proposta dal Programma finalizzato della regione. Anche nel programma giovani la maggior parte degli interventi proposti sono destinati ad una fascia di età fino ai 18 anni.

In un solo piano è esplicitata la volontà di costruire una politica integrata diretta ai giovani e viene proposto un tavolo di coordinamento molto ampio.

Nell'area in esame le Province non svolgono ruoli di coordinamento.

#### **L'analisi dei bisogni e le tendenze rilevabili nelle scelte programmatiche**

La lettura dei bisogni e l'individuazione delle criticità sono presenti nella quasi totalità dei piani esaminati. In due Piani la lettura dei bisogni è poco esauriente.

Va rilevato che ogni Piano effettua la lettura dei bisogni secondo propri parametri che non vengono esplicitati e ciò rende problematica la valutazione.

In un Piano non c'è coerenza tra obiettivi e bisogni, non c'è coerenza tra gli obiettivi triennali e gli obiettivi regionali, mentre il programma finalizzato è coerente.

Due piani non definiscono indicatori triennali, due invece non definiscono indicatori annuali.

Alcune zone non hanno compilato, in tutto o in parte, la griglia dei dati di sfondo e dell'offerta perché i dati non vengono raccolti.

Il bisogno di luoghi ed occasioni di socializzazione è il più segnalato.

L'integrazione con le altre politiche è in genere scarsa: alcune zone prevedono adesione a progetti specifici da parte della AUSL, in particolare per i progetti di prevenzione specifica. Le integrazioni più richiamate sono con la scuola.

I progetti dei Piani attuativi sono prevalentemente in continuità con gli anni passati. Gli elementi di sviluppo riguardano la qualificazione e l'adeguamento della progettazione già sperimentata positivamente.

La gran parte dei progetti riguardano interventi nei centri giovanili.

### 3.1.5 Area Immigrazione, asilo, lotta alla tratta

#### **La transizione dalla programmazione ex-Dlgs. 286/98 ai Piani di zona e il rapporto tra Programmi provinciali e programmi zonali**

La programmazione nel corso dell'anno 2004 in materia di integrazione sociale per i cittadini stranieri si è inserita in un contesto di forte innovazione legislativa a livello regionale, che si è caratterizzato per la approvazione della nuova legge regionale n.5 del 24 marzo 2004 "Norme per la integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati" e per la scelta strategica di passare da un impianto di programmazione finalizzata provinciale (che aveva caratterizzato la stagione programmatoria dal 2000 al 2003 attraverso l'utilizzo delle risorse finalizzate del Fondo Politiche migratorie previsto dal Dlgs 286/98) ad un impianto prevalentemente distrettuale che è stato inserito ed allineato, anche nei tempi, alle modalità di programmazione del Programma attuativo 2005 dei Piani di Zona 2005-2007.

In questo senso, accanto alla nuova programmazione di ambito distrettuale che ha ripartito la maggior parte delle risorse (€ 2.800.000,00) a ciascuno delle 39 zone sociali, è stato mantenuto uno specifico piano di programmazione

provinciale, dotato di risorse inferiori rispetto al programma distrettuale, (€ 750.000,00) per alcune specifiche aree tematiche.

L'analisi dei 12 Piani di Zona e dei corrispondenti Programmi attuativi 2005, evidenzia come programmazione provinciale e zonale abbiano espresso buoni livelli di coordinamento ed integrazione evidenziati da almeno due indicatori:

- la aderenza alle indicazioni tematiche regionali che ha permesso di non registrare sovrapposizioni di contenuto tra le due aree di programmazione ed ha validato "a valle" l'impostazione innovativa introdotta con la delibera di C.R. 615/2004;
- la presenza quasi generalizzata dei piani provinciali tra gli allegati dei Programmi attuativi distrettuali, a riprova di una consapevolezza e di un coordinamento effettivo tra ambito provinciale e zone sociali.

### **L'analisi dei bisogni e le tendenze rilevabili nelle scelte programmatiche**

Dall'analisi dei Piani di Zona emergono una pluralità costante di bisogni-criticità a valenza triennale che rappresentano coerentemente gli obiettivi triennali indicati con maggiore frequenza:

- a) il crescente disagio abitativo e la necessità di nuovi strumenti che facilitino le soluzioni abitative. Laddove esistono centri di prima accoglienza si evidenzia una situazione di criticità rispetto alla loro efficacia ed una tendenza a trasformare questi presidi in una ottica qualitativa rivolta a specifici target (richiedenti asilo, donne sole con figli, nuclei familiari ecc.).
- b) la necessità di potenziare politiche di accoglienza ed inserimento scolastico rivolte ai minori e alle famiglie straniere;
- c) la necessità di potenziare e consolidare nell'insieme dei Comuni una attività informativa e di tutela legale che in taluni casi non raggiunge in maniera adeguata particolari target (in primis le donne) oppure particolari aree territoriali della Zona, oppure fatica a integrarsi con la rete informativa già esistente (URP, sportello sociale, sedi associative di tutela, ecc.) ;
- d) la necessità di porre una particolare attenzione ai percorsi di effettivo inserimento sociale, scolastico e lavorativo delle cosiddette "secondo

generazioni" e di particolari target quali i richiedenti asilo, le donne (con una specifica declinazione legata alla crescita delle assistenti familiari delle quali si rileva anche una crescita di presenza irregolare) e i minori stranieri non accompagnati;

- e) la necessità di consolidare le occasioni di apprendimento alla lingua italiana per gli adulti e di garantire l'effettivo accesso ai servizi in particolare attraverso la formazione degli operatori e la attività di mediatori interculturali;
- f) la necessità di promuovere nei contesti distrettuali occasioni di confronto interculturale tra cittadini italiani e migranti, e più in generale di costruire occasioni di partecipazione alla vita pubblica locale.

Il percorso che si desume abbia portato alla individuazione di queste criticità/obiettivi strategici ha previsto articolazioni differenti: in taluni casi si è attivato uno specifico tavolo tematico, che ha avviato un percorso specialistico di confronto realizzatosi in successivi incontri ed in taluni casi ha dato vita a tre formali sottogruppi di lavoro.

In altri casi la tematica migratoria è stata inserita assieme all'area tematica del disagio adulto, povertà ed esclusione sociale, oppure nella tematica delle responsabilità familiari e dei diritti dei minori.

L'impressione è che la qualità del processo partecipativo e della elaborazione in materia sia stata meglio approfondita in occasione di un tavolo tematico specifico, ma che non tutte le Zone abbiano potuto permettersi un percorso in tal senso.

Le azioni previste nei programmi attuativi hanno una sostanziale coerenza con le principali criticità e gli obiettivi suindicati, nonché con le priorità tematiche definite a livello regionale.

In taluni casi, il programma attuativo non riesce compiutamente a prevedere interventi sull'insieme degli obiettivi triennali definiti ed in particolare il tema della casa sembra essere quello nel quale esiste un maggiore scarto tra coerenza dell'obiettivo e definizione dell'intervento progettuale.

Relativamente alla lettura dei 12 programmi attuativi 2005, in primo luogo emerge che nessun programma prevede azioni di contenimento di interventi.



In materia di interventi di sviluppo, innovazione, qualificazione, si evince un quadro alquanto eterogeneo, nel quale la prevalenza delle Zone (10 su 12) allega sostanzialmente i progetti finanziabili attraverso le risorse finalizzate per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri (ex Fondo Nazionale Politiche migratorie, Iniziativa A paragrafo 3.5.1. delib di C.R. 615/04) che prevedono una compartecipazione dei Comuni pari ad almeno il 30% del costo.

Si differenziano da questa situazione le Zone del Comune di Bologna e di Modena che aggiungono consistenti risorse e nuove progettualità accanto a quelle previste dal programma finalizzato distrettuale.

Da segnalare all'opposto che in un caso, la spesa complessiva di una Zona sociale per l'area immigrazione coincide con le risorse previste dal programma finalizzato.

Le azioni prevalenti fanno riferimento alle tipologie di interventi previsti dalla programmazione regionale: sportelli informativi, alfabetizzazione lingua italiana, mediazione e promozione dell'accesso ai servizi con particolare attenzione alle donne e ai minori, interventi in ambito scolastico per minori e famiglie.

Si segnalano alcune interessanti sperimentazioni sul tema della casa (società per la casa, recupero alloggi e fondazione per l'affitto) che rappresentano anche occasioni di progettazione integrata (Acer, Fondazioni, Cooperative sociali).

Sono previste azioni rivolte ai richiedenti asilo e rifugiati da parte delle Zone che fanno parte del Sistema di accoglienza nazionale Asilo.

Per quanto attiene agli interventi di lotta alla tratta, quasi sempre inserito nell'area immigrazione, si sottolineano elementi di continuità con il progetto Oltre la Strada avviato a partire dal 1997. Accanto agli interventi finanziati dal programma finalizzato (accoglienza, accompagnamento e protezione sociale per le persone titolari del permesso per art.18 Dlgs 286/98) sono positivamente previsti e inseriti anche i progetti di riduzione del danno (prevenzione sanitaria, unità di strada).

Dalla lettura dei 12 programmi attuativi, si evince infine una integrazione delle politiche in particolare con le aree educative, rivolte ai minori e sanitarie.

### 3.1.6 Area Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

L'approfondimento e la sistematicità delle politiche sociali regionali di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale e quelle mirate all'inclusione si sono sviluppati soprattutto negli ultimi anni ed i Piani sociali di Zona hanno consentito di strutturare i relativi programmi d'intervento e di assegnare specifiche risorse.

L'analisi dell'area di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale nei Piani di zona non può prescindere quindi dalla consapevolezza che si è all'inizio di un percorso complesso teso a creare e costruire azioni di sistema.

Le valutazioni, di conseguenza, devono tener conto del fatto che ci stiamo occupando di un fenomeno non nuovo per le politiche sociali, ma che, sviluppandosi, si sta diversificando rispetto al passato sia nelle caratteristiche che nelle modalità d'intervento.

Da certi punti di vista la crisi della modernità economica ha prodotto forme e numeri di povertà e di esclusione che si pensavano estinti, dal carattere mutevole e incombenti sulle fasce medie di una popolazione in cui il lavoro si fa più precario e i redditi inadeguati, per esempio all'alloggio. Inoltre l'aumento del fenomeno migratorio straniero ha posto con forza il problema d'integrazione e conseguentemente di lotta all'esclusione sociale in relazione agli stranieri interessati.

Il veloce processo che ha condotto a questo quadro ha trovato il territorio talvolta impreparato, per cui si assiste a frequenti rimodulazioni nella rilevazione di dati specifici che intercettino preventivamente aree di transito verso l'esclusione, da un lato, e dall'altro nuove modalità di sostegno per l'area di esclusione già definita (detenuti, ex detenuti, senza fissa dimora, disagio psichico, immigrati, nomadi ...).

Il fenomeno di conseguenza, per essere positivamente aggredito, necessita di un approccio di rilevante integrazione fra le politiche e fra i soggetti, che comincia a prendere corpo nella programmazione zonale. In generale si può affermare che, parlando di un fenomeno che ha punti di incontro e problematiche comuni a quasi tutte le altre area trattate nei Piani di zona, il livello di integrazione, peraltro riscontrabile attraverso l'esistenza di tavoli,

gruppi permanenti, uffici comuni, accordi ecc., è presente, anzi in alcuni casi pur esistendo non viene valorizzato nella narrazione dei progetti descritti.

### **L'analisi dei bisogni e le tendenze rilevabili nelle scelte programmatiche**

Gli obiettivi generali regionali di lotta alla povertà e all'esclusione sociale, riportati nella deliberazione di Consiglio regionale n.615/04, sono stati, con coerenza, fatti propri dalle Zone sociali le quali hanno sviluppato la propria programmazione triennale ed annuale dalla prevenzione alla rimozione di gravi situazioni di esclusione, ad interventi di emergenza.

All'interno del processo territoriale di costruzione del Piano di Zona, hanno rivestito particolare importanza i lavori dei tavoli tematici: si legge che nelle Zone di grande complessità e nella maggioranza di Zone si sono attivati tavoli specifici sull'esclusione sociale, in altre Zone i tavoli tematici hanno preferito unire in un unico tavolo trasversale il tema del contrasto alla povertà ad altri temi (dipendenze, immigrazione...). La presenza di tavoli specifici ha consentito la lettura più specifica del fenomeno nel territorio.

In tutti i territori emerge la presenza di reti consolidate, pubbliche e private, di accoglienza e di aiuti per affrontare un generalizzato considerevole aumento di situazioni di povertà e di esclusione.

Le Zone hanno confermato le tre principali aree del disagio sociale: casa, lavoro ed integrazione.

I bisogni che emergono dalla lettura dei 12 Piani, con le differenze determinate dalle specificità delle Zone prese in esame, sono collegati in maniera costante alle seguenti ricorrenti criticità:

- 1) Casa: sono segnalati bisogni che vanno dall'accoglienza (ripari notturni, fornitura di beni di prima necessità, aree per nomadi,..) e dall'accompagnamento alla vita in abitazione alle tematiche legate alla casa il cui costo è ormai inaccessibile ai redditi di molti (giovani lavoratori, anziani in pensione, famiglie monoparentali, immigrati).
- 2) Lavoro: necessità di inserimenti mirati che realizzino un'occupazione stabile per soggetti disagiati economicamente e/o socialmente, anche attraverso

borse-lavoro. Le Zone hanno messo in rete di tutte le risorse per affrontare la diffusione della precarietà.

- 3) Supporto alle famiglie, nelle quali una separazione può "produrre" la povertà di uno o di entrambi i coniugi specie se ci sono figli minori.
- 4) Stress e salute mentale: l'incremento della diffusione di psicopatologie, a causa di quelli che l'OMS definisce "fattori psico sociali di stress", pone nuove e crescenti domande ai servizi.
- 5) Crescita di nuclei familiari multiproblematici con presenza spesso contemporanea di problematiche relative al lavoro, al disagio psico-sociale e alla casa.
- 6) La multidimensionalità del fenomeno dell'esclusione sociale è di per sé una criticità; assieme alla diversità dei soggetti richiama l'esigenza di professionalità nuove ed aggiornate e di modalità da consolidare (mediatori culturali-familiari-sociali,...).

Le azioni previste nei programmi attuativi annuali hanno sostanziale coerenza con gli obiettivi e con le priorità tematiche definite a livello regionale.

La lettura di questi 12 Piani conferma il comportamento generalizzato e cioè che, in una situazione di risorse limitate, la programmazione privilegia gli interventi di emergenza e sostanzialmente riparatori (trasferimenti economici, beni di prima necessità, ripari notturni, mense, aiuti alla persona...). In questo campo, più vicino alle povertà estreme, i progetti hanno la tendenza a diventare veri e propri servizi.

Emerge infatti che, pur non mancando spinte all'innovazione soprattutto nel processo della loro costruzione, la maggior parte delle politiche prevedano interventi di sviluppo e qualificazione di strumenti già collaudati (Sportello informativo in carcere, strutture di accoglienza per i senza fissa dimora, borse lavoro, fornitura di generi di prima necessità, integrazione scolastica e formazione).

Due elementi di chiara innovazione sono presenti in molti territori:

1. alcuni di questi servizi già noti, quali mediazione culturale – familiare – sociale, si plasmano giorno per giorno sui bisogni di un'utenza mutevole per sua natura e in crescita;

2. si assiste in molte situazioni a notevoli sforzi per razionalizzare l'offerta. Spesso la scelta è quella di unificare e semplificare l'accesso all'utenza, il che prevede maggiore integrazione tra servizi (Sportelli informativi). Si evidenzia la ricerca di buone pratiche quale il recupero dalla grande distribuzione di alimenti e beni di prima necessità per i meno abbienti. Si rileva inoltre che nessun programma prevede azioni di contenimento di interventi.

### 3.1.7 Area Anziani

Nella maggior parte delle realtà esaminate, la progettazione ha avuto il supporto di tavoli tematici tradizionali "anziani", oppure di gruppi di lavoro tecnici specifici. In alcuni casi, si sono utilizzati raggruppamenti tematici non basati sulle categorie di utenti, ma sulle aree di intervento: area domiciliarità, area autonomia, ecc.

La progettazione è stata partecipata col coinvolgimento di amministratori, operatori, sindacati, cooperative sociali, associazioni di volontariato, ecc.

La maggior parte delle zone considerate ha sottoscritto Accordi di Programma specifici per l'integrazione socio-sanitaria nell'area di intervento anziani.

Le interrelazioni e gli ambiti di intervento gestiti in modo coordinato con i Piani per la Salute e i Programmi delle attività Territoriali sono stati esplicitati da poche zone.

Non si riscontra un ruolo rilevante delle province. Si rilevano in particolare due progetti di ambito provinciale inerenti le assistenti famigliari straniere.

### **L'analisi dei bisogni e le tendenze rilevabili nelle scelte programmatiche**

La lettura dei bisogni ha preso spunto dall'analisi dei dati demografici, da rilevazioni locali (dati in possesso EE LL), dal confronto nell'ambito dei tavoli tecnici (operatori, testimoni privilegiati, associazioni ecc.), dai riscontri in merito alla realizzazione delle azioni promosse con la precedente programmazione.

I bisogni emergenti rilevati attengono principalmente all'evoluzione di bisogni articolati e complessi che richiedono una conseguente diversificazione delle

risposte necessariamente integrate fra di loro (facilitando e garantendo equità nell'accesso) per rispondere alle esigenze della persona anziana nella sua completezza e nelle varie fasi e ambiti della vita:

- Crescita popolazione anziana ultra settantacinquenne e ultraottantenne: aumento anziani non autosufficienti e conseguenti necessità assistenziali.
- Aumento anziani che vivono soli: necessità di contrastare l'isolamento e la solitudine, di sviluppo/qualificazione Assistenza domiciliare; delle coppie anziane: esigenza sostegno famigliari che si occupano direttamente della cura e dell'assistenza; e delle persone con demenza: necessità consulenza/formazione famigliari e degli operatori dei servizi territoriali.
- Ricorso ad assistenti famigliari straniere: esigenza qualificazione lavoro di cura, regolarizzazione, formazione, orientamento al lavoro, incontro domanda-offerta.
- Incremento del numero degli anziani autonomi ("giovani anziani"): necessità di diffondere buone pratiche di prevenzione, promozione della salute, della qualità della vita, sport e movimento fisico, stimolazione cognitiva, educazione alimentare, ma anche formazione, turismo, aggregazione sociale, attività ricreativo-culturali, volontariato, ecc.
- Bisogno di sostegno alle famiglie per l'assistenza agli anziani non autosufficienti sia che ci sia un familiare che si prende cura della persona anziana che il ricorso ad aiuti esterni, tenendo conto delle diverse disponibilità economiche; necessità di posti letto per ricoveri di sollievo, maggiore flessibilità organizzativa e oraria nei centri diurni e nelle strutture residenziali.
- Esigenza di semplificare e omogeneizzare l'accesso ai servizi: potenziare informazione, unificare punto di accesso, semplificare procedure, uniformare regolamenti relativi all'accesso e alla compartecipazione al costo dei servizi.
- Necessità di governo complessivo e coordinamento-integrazione della rete dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari: mappatura organica di servizi e risorse del territorio e messa in rete per completa identificazione e maggiore capillarità nell'erogazione, integrazione socio-sanitaria, dimissioni ospedaliere protette.

- Necessità di una programmazione condivisa che preveda l'integrazione delle politiche abitative, dei trasporti, del lavoro, della formazione, del turismo, ecc.

In merito alla definizione degli obiettivi, nel campione considerato si rileva una sostanziale aderenza alle priorità e agli obiettivi indicati dalla Regione. Con riferimento alle indicazioni contenute nella Delibera del Consiglio regionale n. 615/2004, la programmazione triennale contempla quasi sempre almeno alcuni degli obiettivi regionali prioritari indicati. Relativamente alla ridefinizione dei servizi residenziali e semiresidenziali della rete si deve constatare tuttavia, in generale, la carenza (o la mancata indicazione) di progettualità inerenti la qualificazione/personalizzazione dell'assistenza all'interno delle strutture residenziali.

Il programma annuale è di solito coerente con il quadro delle priorità triennali anche se, in taluni casi si limita alla proposizione dei programmi finalizzati.

Il rapporto tra bisogni e criticità da un lato e la scelta degli obiettivi/azioni dall'altro, è generalmente chiaro anche se in alcuni casi si è riposta scarsa attenzione all'esigenza di monitorare i processi attuativi con l'individuazione di specifici indicatori di risultato.

Sono praticamente assenti i richiami alle altre aree se non per quanto riguarda l'adattamento dell'ambiente domestico e i progetti relativi alla mobilità/trasporti che sono rivolti sia agli anziani che ai disabili e le progettualità inerenti le assistenti famigliari straniere che riguardano anche l'area immigrazione.

I macro obiettivi e le tendenze (con le cautele esplicitate nella parte generale) rilevati sono:

#### Domiciliarità

- ⇒ Supporto alle famiglie con anziani non autosufficienti (Assegni di Cura, centri diurni, ricoveri di sollievo, ascolto e formazione).
- ⇒ Sviluppo/qualificazione e integrazione Servizi di Assistenza Domiciliare Comunali e Assistenza Domiciliare Integrata; percorsi strutturati e condivisi di dimissioni protette dall'ospedale al domicilio.

- ⇒ Contrasto alla solitudine e all'isolamento attraverso: creazione di reti sociali di aiuto-sostegno-tutela per fasce più vulnerabili non in grado di accedere direttamente ai servizi o privi di rete familiare; assistenza domiciliare e servizi comunali accessori quali consegna pasti a domicilio, trasporti, accompagnamento, lavanderia, ecc. con ausilio del volontariato.
- ⇒ Adeguamento dell'ambiente domestico e avvio di esperienze di realizzazione di nuove forme di residenzialità assistita integrate con la rete dei servizi.

### Integrazione socio-sanitaria

- ⇒ sia nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SAD-ADI) che della continuità assistenziale ospedale-servizi territoriali-domicilio (dimissioni protette),
- ⇒ focus sulle figure professionali sanitarie e sociali promuovendo la condivisione di percorsi socio-sanitari integrati e di strumenti comuni.

### Stile di vita

- ⇒ Obiettivo del miglioramento della qualità della vita delle persone anziane.
- ⇒ Promozione di forme di aggregazione sociale, di buone prassi; autodeterminazione, vita attiva, sport, orti, psicomotricità, attività culturali-ricreative, volontariato.

Per quanto riguarda l'integrazione con le altre politiche, nell'area anziani si sono registrate esperienze significative soprattutto:

- Con le politiche abitative laddove si è cercato promuovere una programmazione urbanistica condivisa che incentivi l'eliminazione delle barriere architettoniche, esperienze di condomino solidale, soluzioni di prossimità abitativa, alloggi con servizi, ecc.
- Con le politiche per il lavoro e la formazione nei progetti inerenti la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari con attività formative specifiche, il coinvolgimento dei centri per l'impiego per il monitoraggio fenomeno, orientamento, incontro domanda-offerta, creazione banca dati; dei centri territoriali di formazione permanente (per i corsi di lingua).



- Con le politiche della sicurezza nei progetti di contrasto dell'isolamento e rafforzamento delle reti sociali e di tutela verso le possibili emergenze come le ondate di calore che prevedono il coinvolgimento e l'azione concertata di diversi enti pubblici e organizzazioni private (per esempio Comune, AUSL, Prefettura, Vigili del Fuoco, Associazioni, ecc.) e l'istituzione di gruppi di lavoro permanenti, figure di coordinamento, ecc.
- Con le politiche per la mobilità laddove si sono stipulate apposite convenzioni ed è stato creato un coordinamento che mette in rete le organizzazioni di volontariato che gestiscono servizi di trasporto e concordando le strategie di intervento o si è istituito un tavolo trasversale "trasporti" permanente con referenti degli enti coinvolti.

Nell'area anziani, nella maggior parte dei servizi già strutturati, le zone hanno progettato attività orientate prioritariamente al consolidamento/qualificazione e all'innovazione.

Relativamente al consolidamento, la tendenza positiva a trasformare progetti in servizi e interventi strutturati e continuativi si rileva soprattutto nelle nuove aree di intervento come le iniziative a favore delle assistenti famigliari (corsi di formazione, tutoring domiciliare, servizi di supporto e consulenza assistenti e famiglie, ecc) che cominciano ad essere programmate con continuità nonostante, negli ultimi anni non siano stati definiti finanziamenti regionali specifici per queste azioni; per l'assistenza domiciliare e gli altri servizi di supporto dei comuni laddove tale servizio non è ancora appunto consolidato; per il coordinamento e il sostegno delle attività svolte dal volontariato.

In merito alla residenzialità, le scelte programmatiche sono orientate principalmente alla ridefinizione e al riequilibrio dell'offerta; azioni di sviluppo sono previste solo nelle zone che presentano ancora delle carenze, con particolare attenzione per i posti temporanei per ricoveri di sollievo.

Relativamente alle innovazioni, (considerando esclusivamente gli interventi che sono stati esplicitamente indicati come innovazioni o sperimentazioni), nell'ambito dei servizi residenziali, hanno riguardato iniziative relative alla diversificazione dei livelli assistenziali e dei servizi offerti, fornendo un servizio

più flessibile e a costi diversificati anche prevedendo servizi accessori di tipo alberghiero nell'ambito di "centri polifunzionali" con case protette/Residenze sanitarie assistenziali, alloggi con servizi, centri diurni, ecc, l'adozione di nuovi strumenti condivisi per l'integrazione socio-sanitaria e definizione di linee guida.

La situazione di partenza delle zone considerate è tuttavia abbastanza eterogenea, per cui, seppure non esplicitate anche le realtà caratterizzate da una rete di servizi estremamente articolata e complessa prevedono innovazioni per il miglioramento delle modalità organizzative, della gestione integrata degli interventi, della qualità e capillarità dei servizi offerti, ecc. Per contro, in altre realtà l'innovazione consiste nel promuovere nel proprio territorio le esperienze più significative già realizzate in altre zone della regione, come sta avvenendo con l'attivazione sperimentale del servizio di tutoring domiciliare per le assistenti familiari private.

Di fondamentale importanza è anche la prevista l'attivazione e gestione integrata sperimentale del Fondo per la non autosufficienza che è stata indicata in alcuni piani.

E' stato infine segnalato come cambiamento innovativo la promozione di un nuovo atteggiamento nei confronti delle persone anziane con politiche attive per la terza età, iniziative per il rafforzamento delle opportunità di aggregazione e relazione, la diffusione di stili di vita sani e di iniziative di informazione e formazione dedicate.

### 3.1.8 Area Disabili

#### **L'analisi dei bisogni e le tendenze rilevabili nelle scelte programmatiche**

Il principale bisogno rilevato nella maggioranza dei Piani di zona considerati è il tema della qualità della vita complessiva della persona con disabilità, che ad esempio in alcune zone è stato definito come "attenzione all'intero progetto di vita" o "il vivere di una persona nella sua globalità". Aldilà delle differenti espressioni si tratta dell'esigenza della persona disabile di poter disporre di un sistema complessivo di opportunità, interventi e servizi a partire dagli ambiti fondamentali della salute, dell'integrazione sociale, dalla scuola, del lavoro e

della mobilità. In quest'ottica i Piani di Zona sono percepiti dai vari attori sociali, in particolare dalle stesse Associazioni di rappresentanza, come un'occasione importante per migliorare l'integrazione ed il coordinamento dell'intero sistema delle politiche per il superamento dell'handicap, nella prospettiva unitaria richiamata anche dalla legge quadro 104/92 e nella logica del percorso/progetto di vita previsto anche dalla Legge 328/00 e dalla stessa LR 2/03.

Se dunque appare affermata in quasi tutti i piani la cultura dell'integrazione e la necessità di promuovere politiche integrate nei diversi settori di intervento (scuola, salute, sociale, lavoro...), non tutti i Piani hanno saputo dare concretezza a questo obiettivo, proponendo soprattutto nei singoli settori di intervento un'ottica strategica sufficientemente innovativa e di ambito zonale, nonché obiettivi ed interventi concretamente perseguibili. Non tutti i Piani hanno saputo infatti dare piena concretezza al tema dell'integrazione tra i diversi settori di intervento attraverso strumenti quali ad esempio gli accordi di programma, in particolare in materia di integrazione socio-sanitaria e scolastica, tavoli tematici o progetti specifici. Al contrario l'obiettivo ambizioso di affrontare il tema dell'integrazione in tutti in tutti i principali ambiti della vita sociale, così come la pluralità di bisogni manifestati dalle Associazioni di rappresentanza ai tavoli dei Piani di Zona rischiano a volte di far disperdere le energie su troppi fronti, in particolare in quelle zone che non possono contare su una rete di servizi sufficientemente consolidata o che non dispongono di sufficienti risorse umane dedicate all'area disabili.

Anche se in misura differente, nelle diverse zone sociali sono stati comunque perseguiti obiettivi coerenti con la programmazione regionale, che si è quindi dimostrata in buona parte rispondente ai bisogni rilevati anche nei singoli ambiti territoriali. Emerge inoltre, soprattutto in alcune zone, una buona capacità di innovazione.

In particolare, l'obiettivo di garantire maggiore coordinamento ed integrazione tra gli interventi per i minori e gli adulti è presente nella programmazione della maggioranza delle zone sociali, così come il tema dell'integrazione scolastica. I principali strumenti utilizzati per migliorare il passaggio dall'area minori all'area

adulti sono gli accordi di programma, modalità di lavoro condivise tra Scuola, Servizi sanitari e Servizi sociali, così come la predisposizione di progetti di uscita programmata dalla scuola dell'obbligo e nel passaggio dall'area minori all'area adulti per le situazioni di maggiore gravità.

Sul versante della domiciliarità e della vita indipendente sono ormai consolidati i programmi riguardanti i contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico (LR 29/97), l'assegno di cura, così come è stato positivo l'avvio dei Centri per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico che sono stati aperti in tutti gli ambiti provinciali. Assai meno frequenti sono invece i programmi di sviluppo e qualificazione dei servizi domiciliari, la programmazione in ambito zonale di interventi di sollievo e per le emergenze ed anche progetti innovativi per il tempo libero e la partecipazione sociale. In alcune zone l'assegno di cura ed i contributi della LR 29/97 rappresentano le uniche risorse per il sostegno al domicilio, mentre è pressoché assente l'assistenza domiciliare.

Gli interventi per il lavoro sono invece ormai diffusi su gran parte del territorio regionale non solo per le persone che accedono al sistema del collocamento mirato, ma anche per quelle persone che per livello di gravità non possono accedere in modo temporaneo o definitivo al mercato di lavoro ordinario e che quindi accedono ai centri ed ai percorsi di carattere socio-occupazionale. Alcune zone hanno cercato di consolidare le proprie forme di collaborazione con la cooperazione sociale di tipo b anche in modo innovativo. Soltanto poche zone hanno esteso ad altre aree di svantaggio sociale lo specifico programma finalizzato previsto a livello regionale sul lavoro.

Un altro tema e bisogno ricorrente è quello della mobilità, intesa come accessibilità e vivibilità complessiva degli spazi pubblici e soprattutto come necessità di poter disporre almeno in ambito zonale di un vero e proprio sistema di opportunità articolato in mezzi pubblici accessibili e con agevolazioni tariffarie (autobus e taxi), un servizio di trasporto "porta a porta" con pulmini attrezzati per le situazioni di maggiore gravità ed infine agevolazioni e contributi sulla mobilità privata. Sebbene si tratti di interventi già diffusi in quasi tutte le zone, in poche programmazioni emerge una visione complessiva e di sistema di tutte queste opportunità con una pianificazione di ambito

zonale. Vanno comunque segnalate alcune esperienze innovative in particolare per il sistema di trasporto "porta a porta", che in alcuni casi è ormai diventato un servizio di zona consolidato, gestito anche in collaborazione con le Aziende e Agenzie del trasporto ordinario.

Per quanto riguarda l'obiettivo regionale della qualificazione della rete dei servizi sociali e socio-sanitari per l'handicap acquisito, nelle diverse zone sociali sta maturando la consapevolezza di dover dedicare un'attenzione specifica a quest'area di bisogno, per la quale si stanno dimostrando efficaci non solo il nuovo programma regionale avviato con la DGR 2068/04, ma anche l'utilizzo coordinato di interventi già avviati in precedenza a partire dall'assegno di cura e dai servizi della LR 29/97. Alcune zone hanno inoltre avviato alcune prime sperimentazioni di servizi diurni e residenziali dedicati all'handicap acquisito particolarmente innovativi ed utili, soprattutto quando sono dedicati non solo alle situazioni di estrema gravità, ma anche alle disabilità di minore intensità (disabilità gravi e medio-gravi). Nonostante, però, alcune innovazioni ed una consapevolezza già abbastanza diffusa del problema, manca tuttavia ancora nella maggioranza del territorio regionale una politica di zona dedicata al tema specifico dell'handicap acquisito.

Anche sul versante del cosiddetto "Dopo di noi", se è vero che il tema è ormai presente nella programmazione di tutte le zone sociali e che il livello di sviluppo dei servizi tradizionali è mediamente elevato, non tutte le zone sociali dimostrano ancora la necessaria capacità di elaborare una politica unitaria di sviluppo della rete dei servizi, valida per tutto l'ambito territoriale di riferimento ed articolata in tutte le possibili strategie di risposta al bisogno (sostegno al lavoro di cura, uscita programmata dal nucleo familiare di origine, sostegno alle iniziative delle famiglie e del privato sociale, tutela giuridica...). Lo sviluppo dei servizi residenziali, ad esempio, in molte zone non viene ancora pianificato con una politica unitaria riferita all'intera zona sociale. Nonostante queste difficoltà, sono stati comunque proposti anche progetti innovativi in particolare sul versante della sperimentazione di nuove opportunità abitative per la vita indipendente dedicate alle persone con le disabilità meno gravi, nonché per la promozione e la sperimentazione delle diverse misure di tutela

giuridica oggi disponibili (ad es. amministratore di sostegno, fondazione di partecipazione, associazionismo...).

In generale nella programmazione della rete dei servizi sociali e socio-sanitari, in particolare per i servizi diurni e residenziali, prevalgono scelte di contenimento, che se da un lato hanno il merito di introdurre una maggiore attenzione ad aspetti quali l'efficienza, il governo complessivo della rete dei centri socio-riabilitativi, il monitoraggio dei costi, l'uniformità e la razionalità dei sistemi tariffari, dall'altro tuttavia fanno segnalare soprattutto in alcune zone l'aumento delle liste di attesa, nonché ritardi e difficoltà ad aprire alcune nuove strutture già da tempo ultimate, ma non ancora utilizzate.

In conclusione i piani di zona per l'area disabili esprimono un'ottica strategica, una capacità di innovazione ed un livello complessivo di integrazione sensibilmente migliori rispetto alla prima edizione dei piani. Esistono comunque ancora differenze rilevanti tra quelle zone nelle quali il piano di zona è già pienamente utilizzato per definire nell'ambito dell'intera zona sociale le principali scelte riguardanti lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali e quelle zone dove invece il piano di zona viene ancora utilizzato come l'occasione per avviare un'insieme più o meno eterogeneo di progetti in occasione della ripartizione del fondo per le politiche sociali.

Dimostrano in particolare maggiore ottica strategica, maggiore pertinenza ai bisogni e più innovazione quelle zone caratterizzate da un assetto di governo e di gestione della rete dei servizi più unitario e di ambito zonale/distrettuale. La pluralità degli attori pubblici e privati che intervengono nel settore della disabilità, così come il numero e la complessità dei singoli settori di intervento (servizi sociali, servizi sanitari, scuola, lavoro...), appaiono infatti meglio governati in quelle zone dove, grazie anche alla presenza di un'unica forma di gestione dei servizi sociali, emerge per l'intera zona sociale una politica più unitaria ed una maggiore capacità di governo anche tecnico della rete.

### **3.2 La territorializzazione, lo sviluppo delle funzioni associate e i processi di partecipazione**

La delibera di Consiglio Regionale n. 615/04 ha definito in particolare le modalità di elaborazione dei piani di zona in coerenza con la L.R. 2/03: con questa delibera sono state individuate le fasi del processo e i ruoli dei vari soggetti che partecipano ([in Allegato 3- Linee guida per l'elaborazione dei Piani di Zona 2005-2007](#)).

E' utile quindi verificare come gli indirizzi della delibera siano stati tradotti operativamente dalla zona, secondo alcune linee direttrici che sono state individuate in:

- funzioni di coordinamento a livello provinciale e distrettuale;
- processi di partecipazione;
- integrazione socio-sanitaria;
- associazione delle funzioni;
- regolamenti comuni e politiche tariffarie.

#### 3.2.1 Funzioni di coordinamento di livello provinciale

Come premessa, rispetto al tema delle funzioni di coordinamento di livello provinciale è bene ricordare che l'analisi si è concentrata solo sul contenuto emerso dai 12 PdZ esaminati, e quindi sulla descrizione in essi contenuta del ruolo svolto dalle Province, nonché sul contenuto delle note allegate dalle Province ai PdZ relativamente alle azioni di accompagnamento da esse svolte per l'elaborazione dei PdZ 2005-2007.

L'attività di coordinamento svolta da tutte le Province si esprime, in 7 casi su 9, attraverso lo strumento del tavolo di coordinamento provinciale:

- 1) questo Tavolo ha in un caso duplice valenza, politico-tecnica. Di base è composto da rappresentanti politici e dirigenti di settore dell'Amministrazione Provinciale, degli ambiti distrettuali, dell'A.USL. In più è prevista, nell'ottica dell'integrazione delle politiche, la partecipazione eventuale di referenti provinciali di altri settori (Formazione, Istruzione, ecc.). Svolge un ruolo sia di coordinamento politico (definizione di strategie complessive in merito all'integrazione socio-sanitaria, alla partecipazione del Terzo settore, alla promozione e allo sviluppo di progetti sovra-zonali), sia attività di supporto

più propriamente tecniche alle zone, ossia individuazione di percorsi formativi comuni (ad esempio ai fini di impiantare un sistema complessivo di monitoraggio e valutazione), sostegno e raccordo degli uffici di piano, realizzazione di ricerche e studi nell'ambito dell'Osservatorio alle Politiche sociali.

2) in tre casi si sono costituiti due Tavoli, uno di valenza politica e uno di valenza tecnica. Il primo svolge un ruolo di regia complessiva sulle scelte e concerta sui temi di valenza provinciale. Il secondo invece concorda sulle modalità operative per l'elaborazione e l'attuazione dei PdZ e affronta i vari problemi di natura tecnico-organizzativo che si presentano. Il tavolo tecnico ha come obiettivo di rendere il lavoro di elaborazione del PdZ omogeneo tra i vari territori, raccordando gli UdP e fornendo anche tutti gli strumenti informativi, necessari alle zone per la programmazione e la progettazione tecnica.

3) in due casi vi è solo il Tavolo di Coordinamento tecnico.

Di base i due tavoli sono presieduti dalla Provincia e composti da rappresentanti dei Comuni (o solo Comuni Referenti di zona), A.USL, Distretti sanitari.

In alcune realtà i tavoli di coordinamento provinciale sono aperti ai rappresentanti del Terzo settore, delle Organizzazioni degli utenti, alle OO.SS., a rappresentanti delle IPAB/ASP del territorio.

In un solo caso sono presenti 3 tavoli di coordinamento provinciale: uno politico, uno tecnico con composizione variabile a seconda dell'area tematica e infine un tavolo tecnico di coordinamento degli UdP, con funzione di raccordo tra l'UdP provinciale e gli UdP distrettuali.

Solo in due casi non si fa menzione di organismi provinciali di coordinamento né politico, né tecnico. Semplicemente si richiama dentro l'AdP il ruolo generale svolto dalla Provincia, di coordinamento, accompagnamento e monitoraggio alle zone nell'elaborazione del PdZ, di supporto informativo e tecnico.

In generale il richiamo al ruolo e all'impegno della Provincia è solo enunciato all'interno dell'Accordo di Programma di approvazione del PdZ: in tre casi



invece sono riportate nel piano le azioni di accompagnamento effettivamente svolte dalle Province.

Rispetto alla previsione di azioni di monitoraggio e valutazione sull'attuazione dei PdZ, ciò che si legge è per lo più un'enunciazione di intenti, presente in 8 casi su 9. In un solo caso, vi è la descrizione di un percorso metodologico elaborato in accordo con le zone e l'A.USL e di un disegno di valutazione nel quale sono individuati: finalità della valutazione, dimensioni da valutare, criteri di valutazione, indicatori.

### 3.2.2 Funzioni di coordinamento di livello distrettuale

In generale, la lettura dei 12 PdZ evidenzia che nella definizione delle funzioni di coordinamento e di supporto tecnico all'elaborazione dei PdZ, le zone hanno scelto architetture molto eterogenee. L'eterogeneità riguarda:

- le scelte rispetto alla composizione del tavolo politico e del tavolo tecnico;
- il fatto che in alcuni casi il ruolo politico e quello tecnico si sovrappongono;
- il fatto che in alcuni casi le funzioni di coordinamento tecnico di livello distrettuale paiono essere esercitate dall'UdP, che assume in tal caso più la veste di organo tecnico collegiale che di vero e proprio ufficio di supporto alla programmazione.

In generale è evidente la volontà di consolidare sedi di confronto con tutte le realtà territoriali che costituiscono la rete locale (quindi anche il Terzo settore e le OOSS). In alcuni casi questo coinvolgimento sembra essere previsto anche nella fase di scelta degli obiettivi strategici (quindi con il coinvolgimento del Terzo settore e OOSS anche nei tavoli politici), in altri prevalentemente nella fase di istruttoria tecnica e supporto decisionale (è il caso dei cosiddetti tavoli del welfare).

Il panorama complessivo che emerge è quindi piuttosto composito e non sempre rispondente alle linee guida dettate dalla Delibera CR 615/04 che prevedeva due livelli separati (politico e tecnico) di coordinamento attraverso organi collegiali a composizione istituzionale.

**Il Comitato di Distretto:**

Il processo di Programmazione è stato presieduto e coordinato in tutte le zone esaminate dal Comitato di Distretto, anche se con alcune particolarità. In 10 casi su 12 all'interno del Piano e dell'AdP sono puntualmente definite le funzioni e il ruolo del Comitato di Distretto. In generale il Comitato di Distretto svolge le funzioni di programmazione locale delle politiche sociali e socio-sanitarie, definendo gli obiettivi e gli indirizzi strategici del PdZ, la ripartizione delle risorse e infine verifica lo stato di attuazione dei programmi in relazione agli obiettivi conseguiti e alle attività realizzate. Designa il Comune capofila e sigla l'AdP.

Al Comitato di Distretto partecipa in tutte le zone il Direttore del distretto.

Nelle due realtà urbane di dimensioni maggiori si evidenziano alcune particolarità: al Comitato di Distretto partecipano anche altri Assessori, oltre a quelli di Sanità e Sociale e in particolar modo Scuola, Politiche Formative, della Casa. Inoltre in entrambi i casi partecipano anche rappresentanti delle aree del decentramento urbano in cui è suddivisa la città: in un caso, i Presidenti dei Quartieri e, nell'altro, i Presidenti delle Circoscrizioni della città.

Infine in un PdZ si parla non tanto di Comitato di Distretto quanto di Comitato dell'Accordo di Programma, quale organo di indirizzo e coordinamento composto da sindaci/assessori, presidente Provincia, Direttore generale A.USL, ed allargato in maniera fissa a rappresentanti del Terzo settore.

#### **Tavolo Tecnico istituzionale:**

La composizione standard di questo tavolo è: Dirigenti d'area sociale dei Comuni e dell'A.USL.

Questo tavolo detta all'Ufficio di Piano le linee di indirizzo tecniche, prende in esame il lavoro svolto nei tavoli tematici e prepara per il Comitato di Distretto una proposta tecnica che metta insieme la progettazione con le risorse.

In 3 casi questo tavolo è aperto alla partecipazione delle IPAB locali e/o di rappresentanti del Terzo settore.

#### **Tavolo del Welfare (tecnico):**

Il tavolo del Welfare di livello distrettuale è una scelta comune a due zone appartenenti allo stesso territorio provinciale, nel quale è stata adottata un'architettura comune, condivisa tra zone e Provincia.

Il tavolo del Welfare, che svolge un coordinamento tecnico, è composto da rappresentanti di: Comuni, A.USL e altri soggetti portatori di interesse (Terzo Settore, Cooperazione, OO.SS., Fondazioni Bancarie, ecc.).

Ha come ruolo generale quello di contribuire alla definizione dei temi e degli obiettivi prioritari del PdZ, da sottoporre al Comitato di Distretto.

Nella composizione e nelle funzioni dei coordinamenti di livello distrettuale si evidenziano poi alcune particolarità.

In due casi sono previsti tavoli di coordinamento in cui si uniscono il livello politico e il livello tecnico, a cui partecipano quindi sia gli Assessori e il Direttore di Distretto che i Dirigenti dei Comuni e dell'A.USL, e, in solo caso, anche rappresentanti delle OO.SS. e del Terzo settore.

Infine in tre PdZ non si fa alcuna menzione di un coordinamento tecnico distrettuale e neppure di un tavolo distrettuale del Welfare, anche perché, almeno in uno dei tre casi il ruolo di coordinamento tecnico è assegnato all'UdP.

#### **Comune Capofila:**

Secondo quanto richiesto nelle linee guida regionali, in questi PdZ è stato da tutti individuato il comune capofila. In due casi, tra quelli esaminati, l'ente capofila è diverso dal Comune che esercita la funzione di capo distretto in ambito sanitario: in un caso si è scelto come referente per i PdZ un altro comune, nell'altro caso la Comunità montana che comprende tutti i Comuni dell'ambito distrettuale.

Le funzioni dell'ente capofila sono esplicitate solo in cinque PdZ. In generale sono: avvio del processo di pianificazione, coordinamento del Tavolo politico e del Tavolo tecnico, responsabilità dell'Ufficio di Piano, ricevimento e gestione del finanziamento regionale (e provinciale) per l'attuazione del P.A., promozione del concorso dei soggetti del Terzo Settore, promozione del monitoraggio e della valutazione in itinere e ex-post dell'attuazione del Piano.

#### **Uffici di Piano:**

Nel corso degli anni 2003 e 2004 la Regione ha finanziato un programma per la promozione e lo sviluppo degli Uffici di Piano, gestito dalle Province, che ha

consentito la strutturazione degli Uffici laddove erano già in via di costituzione e l'avvio del processo nelle altre zone.

Dall'esame dei piani appare quindi che tutte le zone hanno costituito un Ufficio, definendone composizione, ruolo e funzioni. In generale si può però affermare che i progetti di UdP appaiono alla lettura molto eterogenei. Si va infatti da Uffici che presentano quasi le caratteristiche di Tavoli tecnici, sia per composizione e partecipazione, nonché per la durata legata al singolo piano, a forme organizzative più vicine a veri e propri uffici, funzionalmente dipendenti da un ente e inseriti nella sua struttura organizzativa, in alcuni casi anche con un obiettivo triennale di gestione di risorse e interventi, soprattutto con riferimento all'ambito delle politiche socio-sanitarie.

E' bene però precisare che in alcuni casi una maggiore strutturazione dell'ufficio è prevista come obiettivo del triennio, mentre allo stato attuale non è ancora chiara e definita.

Dall'analisi fatta sembrano emergere due tendenze nella definizione del ruolo e delle funzioni dell'UdP, cui corrispondono i seguenti due modelli:

1. L'Udp si configura come organo tecnico collegiale, coordinato dal Dirigente del Settore alle politiche sociali (del Comune Capofila), al quale partecipano i Dirigenti di altri settori e dell'A.USL e che ha come funzioni specifiche quelle di coordinare le attività dei tavoli del PdZ, di supportare tecnicamente il Tavolo politico e di individuare priorità e risorse. Come obiettivo di triennio si prevede che tale organo si doti di un ufficio di supporto con funzioni e ruoli tecnico-professionali, costituito da personale degli enti firmatari dell'AdP. Nell'arco del triennio si aggiungono in prospettiva le funzioni di monitoraggio dei progetti presentati nel Piano, istruttoria e supporto tecnico per la redazione dei programmi attuativi, di coordinamento in relazione alle attività di integrazione socio-sanitaria e di gestione del Fondo per la non autosufficienza.
2. L'UdP si caratterizza come struttura organizzativa di supporto al Comitato di distretto che ha il compito di gestire operativamente il percorso per l'elaborazione del PdZ e che quindi ha come funzioni complessivamente: raccolta dati per costruzione PdZ, raccolta dati per verifica stato delle azioni,

supporto agli organismi politici nella definizione del PdZ, supporto nell'organizzazione dei diversi incontri, punto di riferimento per i soggetti del Terzo settore partecipanti al lavoro di elaborazione del PdZ. Importante è il ruolo di coordinamento complessivo del processo e di circolazione delle informazioni tra le varie sedi/tavoli di discussione. Si ha in questo modello la previsione di assegnare all'Ufficio del personale proprio, sia con compiti di coordinamento sia gestionali-operativi. In generale poi sono stati individuati o si prevede di individuare referenti dell'A.USL o del Distretto sanitario che collaborano con l'UdP nell'ottica di definire percorsi di integrazione socio-sanitaria. In alcuni casi si fa riferimento esplicito, tra gli obiettivi del triennio alla funzione di avvio del processo per la costituzione dell'Agenzia territoriale per l'integrazione socio-sanitaria, quale strumento unitario dell'elevata integrazione o comunque della gestione del Fondo per la non autosufficienza.

### 3.2.3 Processi di partecipazione (il Terzo settore, le Organizzazioni sindacali, i cittadini)

In questo secondo triennio di pianificazione la partecipazione dei soggetti non istituzionali alla elaborazione del PdZ sembra essere stata in generale più organizzata e strutturata rispetto al triennio di sperimentazione (Si veda a tal fine anche l'Allegato 2 – Riepilogo degli Accordi di programma, dei protocolli di adesione con il Terzo settore, delle forme di concertazione con i sindacati). Questo è conforme a quanto indicato negli indirizzi regionali. L'apertura con conferenza pubblica dei Piani di zona ha previsto in tutti i territori la partecipazione dei soggetti del Terzo settore e delle OO.SS..

Il Comitato di Distretto è stato in tutti i casi l'organismo responsabile della promozione della partecipazione di tutti i soggetti, istituzionali e non, presenti con diverse forme e modalità sul territorio, nonché della concertazione con le OO.SS.

#### **Terzo Settore**

Nella maggior parte dei territori la tendenza è stata quella di coinvolgere i soggetti del terzo settore in due diverse fasi:

- 1) Fase politico-tecnica di condivisione delle scelte strategiche di triennio. In questo caso sono state coinvolte per lo più le rappresentanze (rappresentanze del mondo delle Cooperative, del Volontariato, dell'Associazione di promozione sociale, Forum del Terzo settore). In alcuni casi si è esplicitamente richiesto ai soggetti del Terzo settore di ragionare al proprio interno su quali soggetti ritenevano essere maggiormente rappresentativi per la fase della condivisione degli obiettivi e di incaricare questi del confronto politico. Gli strumenti per il coinvolgimento in questa fase sono stati: i tavoli del Welfare, laddove sono stati istituiti, altri tavoli o commissioni specifiche per la concertazione. In generale nei tavoli di "concertazione" sono stati condivisi gli indirizzi generali sul processo di costruzione del PdZ, le scelte strategiche fatte sulla base del lavoro dei tavoli tematici e in prospettiva il ruolo dei soggetti del Terzo settore nella verifica e monitoraggio del PdZ. Nei casi in cui non sono stati istituiti specifici tavoli di confronto, sono stati quasi sempre previsti momenti di confronto tra Comitato di Distretto e Organizzazioni del Terzo settore.
- 2) Fase tecnica: la partecipazione dei soggetti del Terzo settore ai tavoli tematici, che comunque sono lo strumento utilizzato da tutte le zone per l'elaborazione dei contenuti delle aree di intervento e della progettazione tecnica, ha consentito di garantire apporti conoscitivi importanti in merito ai bisogni specifici della popolazione e alle carenze del sistema dell'offerta, di individuare problemi ed emergenze di carattere sociale, di definire le proposte tecniche operative per dare risposte adeguate ai bisogni prioritari individuati, valorizzando in diversi casi l'apporto progettuale dei vari soggetti anche attraverso la co-progettazione degli interventi. Ai tavoli tematici hanno partecipato i soggetti che operano e gestiscono servizi sul territorio, in quanto portatori di una conoscenza specifica delle problematiche ad esso connesse.

In un caso nel PdZ il Comitato di Distretto ha inoltre condiviso con le rappresentanze di inserire nel piano un documento che definisce gli obiettivi

triennali nel rapporto con il Terzo settore in merito alle modalità di gestione dei servizi.

### **Organizzazioni Sindacali**

Tutti hanno previsto forme di concertazione o comunque momenti di confronto con le OO.SS. sia nella fase iniziale di identificazione di criticità e punti di forza, sia nella fase di definizione delle scelte strategiche di triennio del Piano, anche se da quello che risulta dai Piani solo in 6 casi su 12 la concertazione è sfociata nella definizione di protocolli di intesa/verbali/accordi. Altre intese però potrebbero essere state siglate successivamente.

Almeno nella metà dei piani esaminati si fa riferimento ad appositi Tavoli di Concertazione istituiti per la fase di concertazione con le OO.SS.

Inoltre in 10 piani su 12 si legge chiaramente il coinvolgimento delle OO.SS. nei tavoli tematici. In un caso le OO.SS. non hanno partecipato ai tavoli tematici e in un altro nulla è specificato a riguardo.

### **Cittadini**

Rispetto alla partecipazione diretta dei singoli cittadini al processo di elaborazione del Piano, dalla lettura appare che solo in un caso è stato elaborato un progetto di partecipazione di questi. E' il caso del capoluogo di regione, nel quale sono state attivate delle Consulte territoriali del Welfare dei quartieri della città. A queste sono stati chiamati a partecipare, attraverso apposito bando pubblico, i cittadini, i soggetti istituzionali, gli organismi non profit, le organizzazioni sindacali dei lavoratori e le associazioni degli imprenditori interessati. Le Consulte territoriali del welfare sono state presiedute dal Presidente di Quartiere o da un consigliere di Quartiere suo delegato ed hanno articolato i loro incontri per ambiti tematici. La finalità è stata quella di porre al centro dell'attività programmatica il territorio con il complesso dei suoi fattori di rischio e fragilità, ma anche con i suoi punti di forza e potenzialità da valorizzare per dare risposte coerenti e adeguate alle popolazioni di riferimento. I lavori svolti dalle Consulte di Welfare di Quartiere, per concordare con le realtà sociali e partner istituzionali la corresponsabilizzazione nella risposta ai bisogni sociali del territorio, hanno

portato alla elaborazione di Piani sociali di quartiere, allegati al Piano Sociale di Zona.

In un altro PdZ si legge che ad alcuni tavoli tematici hanno partecipato dei cittadini, ma in numero estremamente esiguo. E' quindi difficile che possa configurarsi un vero e proprio apporto di questi al lavoro dei tavoli e di fatto pare non esserci un progetto strutturato di partecipazione di soggetti non organizzati.

#### 3.2.4 Il governo e la gestione a livello zonale dell'integrazione sociosanitaria

È questo un tema particolarmente importante e delicato in relazione agli obiettivi strategici di questa legislatura regionale. Viene più volte citato nella D.C.R. 615/04, sia come obiettivo di sistema (ruoli istituzionali, strumenti di programmazione, strumenti tecnico-gestionali) sia all'interno delle diverse aree con indicazioni più operative. È inoltre trattato in modo articolato nel Documento regionale "Materiali per l'avvio della consultazione", diffuso in preparazione del Piano sociale e sanitario regionale.

Dalla lettura dei 12 piani si rileva che le indicazioni della Del. CR 615/2004 e gli indirizzi contenuti nel documento preparatorio al Piano hanno costituito un quadro di riferimento rilevante per il percorso programmatico dei Piani 2005-2007, anche come proposta da sperimentare.

L'analisi del campione su questo ambito specifico è stata svolta tenendo conto di una serie di indicatori, in particolare: la presenza del Distretto/Ausl nei diversi tavoli politici e tecnici, e nell'Ufficio di piano, anche in relazione alle funzioni di questa struttura rispetto all'integrazione, i riferimenti al Programma delle attività territoriali (PAT) e al Piano per la salute (PPS), il concorso del Distretto/Ausl a progetti specifici, l'integrazione dei percorsi assistenziali, l'esistenza di Accordi di programma specifici, il ruolo dell'integrazione nell'Accordo che ha approvato il Piano e il Programma attuativo, l'eventuale ruolo della Provincia di supporto al governo locale e aziendale dell'integrazione. Dall'analisi sia pure solo del campione emerge con evidenza la maggiore elaborazione su questo tema rispetto ai piani sperimentali:

- ⇒ La **presenza dell'Ausl** in quasi tutte le zone a tutti i tavoli operativi di livello zonale - politici, tecnici e tematici - e al coordinamento tecnico



provinciale si conferma e si consolida attraverso la presenza, oltre che del Direttore generale e del Direttore di Distretto, di figure tecniche dei Dipartimenti o di figure di direzione di area sociosanitaria del Distretto (presenti in alcune realtà). Il Comitato di distretto con la partecipazione del Direttore di distretto viene individuato spesso esplicitamente come sede di programmazione congiunta.

- ⇒ Nella maggior parte degli **Uffici di piano** sono già presenti rappresentanti del Distretto o dell'Ausl, e nelle rimanenti realtà è previsto il loro coinvolgimento. Tra gli obiettivi del triennio è prevista, per la qualificazione dell'ufficio, una maggiore strutturazione finalizzata alla gestione di attività e risorse, con riferimento anche alla gestione congiunta con il Distretto del fondo per la non autosufficienza. Attualmente in metà delle zone esaminate l'ufficio già gestisce risorse, in prevalenza quelle destinate all'attuazione dei Programmi finalizzati finanziati anche con il Programma annuale regionale di riparto del Fondo sociale regionale.
- ⇒ In diverse zone del campione si individua nell'Ufficio lo strumento tecnico di supporto all'elaborazione e all'attuazione delle **politiche di integrazione sociosanitaria**, in particolare tramite l'elaborazione di Accordi o protocolli specifici d'integrazione su target d'intervento o su percorsi assistenziali specifici (es.: continuità assistenziale, integrazione di disabili, di malati psichiatrici, di persone con dipendenze, salute dei cittadini immigrati stranieri) e, in alcuni casi, tramite il supporto agli amministratori per l'elaborazione del Piano per la salute (nella Provincia di Bologna la Conferenza territoriale sociale e sanitaria ha adottato la declinazione del PPS in ambiti distrettuali).
- ⇒ Vengono ricercate e attuate nella maggior parte dei piani **connessioni tra gli strumenti di programmazione**: Piano triennale di zona e Programma attuativo annuale da un lato, per l'area sociale, Piano per la salute e PAT (Programma delle attività territoriali) dall'altro, per l'area sanitaria. Generalmente il raccordo è su due livelli, non sempre compresenti nello stesso documento di piano: *a livello strategico* come

connessione tra Piano di zona e Piano per la salute nell'analisi dei bisogni della popolazione e/o nell'individuazione di alcune priorità d'intervento comuni; *a livello operativo* come definizione degli interventi dell'area d'integrazione sociosanitaria che in alcune zone o in alcune aree d'intervento (es.: Anziani) sono **coincidenti** nei documenti di programmazione, generalmente nel Programma attuativo annuale del Piano di zona e nel PAT.

⇒ In tutte le zone gli **Accordi di programma 2005** sono stati sottoscritti anche dal Direttore generale dell'Ausl o dal Direttore di Distretto; quest'ultimo sottoscrive o su delega esplicita del Direttore generale o in quanto gli viene riconosciuta come competenza sua propria, e contengono il riferimento all'integrazione articolato a livelli differenti.

Gli impegni generalmente sottoscritti dall'Ausl negli Accordi sono:

- garantire, sia sotto il profilo tecnico che economico, l'integrazione con i Comuni, per la gestione degli interventi sociosanitari;
- partecipare ai progetti indicati nei Programmi attuativi, in particolare nei Programmi finalizzati delle Aree Famiglia e Minori, Giovani, Dipendenze, Immigrati, Povertà, Anziani, Disabili;
- garantire la gestione delle funzioni sociali e/o la gestione dei progetti/programmi, quando delegati dai Comuni;
- collaborare alle attività di monitoraggio e valutazione del Piano.

In diversi Accordi si citano come parte integrante **altri accordi o protocolli d'integrazione dei percorsi assistenziali e delle professionalità**, in riferimento a target o bisogni specifici (Famiglie, Minori, Anziani, Disabili, persone con Dipendenze, Malati psichiatrici, ma anche Immigrati e Povertà); in alcuni Accordi si prevede un **accordo specifico successivo per definire il governo complessivo congiunto dell'integrazione**, articolato in obiettivi, interventi, risorse, criteri di ripartizione della spesa, volumi di attività, strumenti di verifica.

⇒ In coerenza con questo quadro in tutte le zone si sono sviluppate **progettazioni comuni con Distretto e Ausl o collaborazioni nell'attuazione di progetti** sia di sistema (es. lo sportello sociale) sia

su specifiche aree d'intervento, anche su linee di finanziamento europeo (Equal, AGAPE,...). In alcuni casi si tratta di progetti di integrazione di più politiche.

- ⇒ Per quanto riguarda **le deleghe**, la situazione è ancora piuttosto frammentata. Nella maggior parte delle zone del campione non ci sono deleghe, mentre in alcune la delega riguarda solo una parte delle aree d'intervento. Emerge anche, in assenza di deleghe, una modalità snella di gestione associata, costituita dallo strumento della convenzione tra i Comuni dell'ambito distrettuale.
- ⇒ In riferimento al **ruolo delle Province e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria**, quasi tutte le Province (6 su 9) prevedono nel tavolo di coordinamento tecnico la presenza dell'Ausl/dei Distretti, e in 4 province su 9 c'è o si sta avviando un rapporto con la CTSS, caratterizzato o dal supporto tecnico (stabile, o in relazione a criticità) o dal riferimento a indirizzi più generali della Conferenza sull'area sociale e socio-sanitaria. In due Province si sta già lavorando con una struttura operativa comune Provincia-Ausl di supporto alla CTSS.

### 3.2.5 Associazione delle funzioni

L'analisi sulle forme di associazione si basa sull'esame delle tabelle 2B – Modalità di associazione della funzione gestionale dei servizi, richieste alle zone come parte del Piano triennale. Questa tabella, in linea con le linee guida sopra richiamate, mira a rilevare le forme di gestione associata avviate dalle zone ed è collegata a un'ulteriore tabella nella quale indicare, laddove siano presenti, gli interventi/servizi in delega alla A.USL.

Nell'analisi ci è sembrato opportuno collegare i dati di queste tabelle con i dati sulla spesa lorda (elaborati a partire dalla tabella 3a-Bilancio previsionale Programma attuativo 2005-Spese). L'elaborazione della tabella 3a consente infatti di quantificare la spesa gestita a livello sovracomunale secondo due modalità: 1) da enti associativi (il dato comprende tra gli enti associativi sia quelli di cui alla L.R. 11/01, sia l'A.USL per le funzioni ad essa delegate); 2) tramite accordo di programma (tra Comuni o tra Comuni e A.USL). Consente inoltre di suddividere la spesa per tipologie di servizi/interventi.

Parlare di funzioni associate ha senso infatti solo se si comparano i dati qualitativi e descrittivi sul tipo di forma associativa, di servizio e di strumento operativo funzionale alla gestione associata, con il valore economico di spesa che tali forme gestionali hanno sul bilancio complessivo di zona.

Evidentemente l'analisi sulle forme di gestione associata ha riguardato solo 10 zone su 12, escludendo Bologna e Modena, in quanto la zona coincide con la sola area urbana. Quella sulla delega di funzioni alla A.USL ha invece ricompreso anche queste due zone urbane.

Non sempre i dati delle 2 fonti però sono risultati congruenti.

In tre casi infatti la tabella 2B riferisce di servizi/interventi gestiti in forma associata da associazioni intercomunali, comunità montana o tramite accordo di programma, ma i dati relativi alla spesa non evidenziano e non quantificano queste gestioni associate. In questi tre casi si ha una parte della spesa gestita direttamente dai Comuni ed una parte gestita dall'Azienda USL per funzioni delegate, ma nulla si evidenzia su una quota di spesa gestita da altre forme associative. E' evidente che queste situazioni richiederebbero un approfondimento, in quanto la sola informazione desumibile dai documenti di Piano non è sufficiente.

Anche rispetto alla delega di funzioni all'Azienda USL non sempre c'è omogeneità tra le informazioni dichiarate con la tabella 2B e i dati della spesa. Vi è infatti un caso in cui la tabella 2B evidenzia una delega di funzioni che i dati sulla spesa non quantificano.

Come ulteriore premessa all'analisi è opportuno richiamare la situazione dei differenti territori rispetto alle forme associative di cui alla L.R. 11/01 (Comunità montane, Unioni di Comuni e Associazioni Intercomunali).

Quello che appare è infatti una situazione di base estremamente eterogenea e composita anche all'interno dei singoli territori dove spesso convivono più forme associative di dimensioni e composizione differenti:

- 1) Solo in un caso si rileva una sola forma associativa coincidente con l'ambito distrettuale: Comunità montana delle Valli Taro e Ceno.
- 2) Negli altri casi sullo stesso ambito territoriale distrettuale convivono più forme associative oppure forme sovra-distrettuali. In dettaglio:

- ⇒ Casalecchio: sono presenti 2 comunità montane, una di dimensione subzonale e l'altra che comprende anche comuni di un altro distretto.
- ⇒ Castelfranco: è presente un'unione di dimensione subzonale.
- ⇒ Cesena: sono presenti una comunità montana che comprende comuni di un altro distretto e una associazione intercomunale che comprende comuni di un altro distretto.
- ⇒ Ferrara: sono presenti due associazioni intercomunali, una di dimensione subzonale e l'altra che comprende comuni di un altro distretto.
- ⇒ Forlì: sono presenti un'associazione intercomunale di dimensione subzonale e due comunità montane di dimensione subzonale. Una di queste comunità montane ha al suo interno anche un'unione di comuni che comprende solo alcuni comuni della Comunità montana.
- ⇒ Lugo: è presente un'associazione comunale che comprende tutta la zona più un comune di un'altra zona.
- ⇒ Montagna (PC): sono presenti due comunità montane, di cui una che comprende comuni di un altro distretto.
- ⇒ Riccione: sono presenti un'associazione intercomunale di dimensione subzonale e un'unione di dimensione subzonale.
- ⇒ Scandiano: sono presenti una associazione intercomunale subzonale e una comunità montana che comprende comuni di un altro distretto.

Mettendo insieme tutti gli elementi si è rivelato estremamente difficile individuare una o più tendenze nel campione esaminato rispetto alle scelte associative attuali e di prospettiva. Elementi critici sono infatti:

- le già richiamate incongruenze tra il dato "descrittivo" e il dato "quantitativo" della tabella 3a;
- la forte eterogeneità che si presenta nei vari territori in relazione alle forme di associazione scelte dalle zone, alle tipologie di servizi gestite in forma associata e al peso complessivo di questi sulla spesa lorda totale.

Ciò che emerge infatti è che:

- 1) In tutti i 10 casi esaminati sono menzionate forme di gestione associate di alcuni servizi/interventi: prevalentemente l'associazione dei comuni è di dimensione distrettuale (6 casi su 10) anche se ciò non corrisponde

necessariamente a forme associative quali associazioni intercomunali, unioni o comunità montane (vista anche la loro rara coincidenza con il territorio distrettuale), ma più spesso si fonda su Accordi di Programma (7 casi su 10) stipulati ad hoc che regolano l'impegno per la gestione congiunta.

- 2) In 6 territori su 10 vi sono almeno due diverse forme associative, all'interno della zona, che gestiscono servizi/interventi differenti.
- 3) Complessivamente la scelta di associare le funzioni di gestione riguarda tutte le aree di intervento e tutte le tipologie di servizio/ intervento, ma in modo differenziato da zona a zona.
- 4) Le percentuali di spesa associata sulla spesa lorda totale sono molto variabili: vanno dal 2,1% al 41,1%.

In generale è importante che per il futuro si faccia lo sforzo di arrivare ad eliminare le incongruenze sopra descritte, sia semplificando e collegando gli strumenti di rilevazione e di elaborazione del piano, sia migliorando la compilazione dei dati. E' necessario infatti arrivare a dati certi e collegabili che facilitino l'analisi.

A questo si deve evidentemente aggiungere un investimento più consapevole e significativo da parte dei territori, per semplificare il numero, il tipo e la dimensione delle forme associative di gestione avviate, rendendole dove possibile più vicine alla dimensione territoriale della programmazione sociale.

### 3.2.6 Regolamenti comuni e applicazione dell'ISEE, politiche tariffarie

La valutazione sui temi di cui alle tabelle 2C "Accesso al sistema degli interventi e dei servizi" e 2F "Politiche tariffarie e compartecipazione ai costi" si è concentrata prevalentemente su 10 zone, in quanto vi sono due zone coincidenti con il Comune (Bologna e Modena).

Inoltre si è rilevato che le tabelle non sono state compilate con precisione da tutte le zone, per cui in alcuni casi i dati sono stati ricavati da una ricerca complessa all'interno dell'intero piano.

#### **Regolamenti comuni a livello di zona**

Allo stato attuale i criteri e le priorità di accesso ai servizi non vengono organicamente ed omogeneamente disciplinati a livello di zona, mantenendosi

così una sostanziale disparità di trattamento nei confronti dei cittadini dei diversi Comuni costituenti la zona stessa.

Questa forte tendenza al mantenimento di “personalismi comunali” è strettamente legata alla difficoltà ancora presente a pervenire a forme di gestione associata dei servizi. Tale obiettivo pare non essere ancora prioritario, dal momento che anche per il triennio non in tutte le zone si dichiarano intenti di regolamentazione comune.

I criteri per l'accesso all'asilo nido sono unici in una sola zona e pertanto per la formazione delle graduatorie comunali sono valutati identici item con identici punteggi.

Il regolamento per l'accesso ai servizi rivolti alla popolazione anziana è unico in due zone, mentre più spesso si fa riferimento a UVG e SAA per individuare criteri unici a livello di zona di rilevazione del bisogno e di regolazione dell'accesso nei servizi per gli anziani.

In una zona non si fa riferimento e non si esplicita la presenza di regolamenti unici e/o di criteri omogenei di accesso, ma si presume vi debba essere, dal momento che risulta avviata dal luglio 2005 una gestione associata dei servizi sociali.

La presenza di regolamenti comuni è più diffusa a livello di subzona e si rileva in quasi tutte le zone; tuttavia solo in un caso si riferisce all'accesso a tutte le tipologie di servizi; nei rimanenti casi sono disciplinati solo specifici servizi, in un caso anche di minima rilevanza (centri estivi e soggiorni per minori e anziani).

Il 50% delle zone prevede però azioni di progressiva regolamentazione unitaria nel triennio, soprattutto con riferimento al sistema dell'accesso alle prestazioni agevolate e all'erogazione di contributi economici.

In due casi l'obiettivo è più alto e prevede la realizzazione di un sistema unico a livello distrettuale per l'accesso a tutte le prestazioni e servizi sociali.

Sulle zone campionate coincidenti col Comune si rileva il caso di Modena, che indica tra le azioni del triennio la realizzazione di carte di servizi e l'individuazione del reddito minimo di riferimento per ridefinire le regole della contribuzione economica.

*Tab. 1 – presenza di regolamenti unici a livello di zona*

<b>TIPOLOGIA DI REGOLAMENTO</b>	<b>N. ZONE</b>
Rilevazione del bisogno per l'accesso ai servizi per anziani non autosufficienti UVG e SAA	2
Accesso ai servizi rivolti alla popolazione anziana	2
Asili nido	1
ISEE	1
Compartecipazione economica dei cittadini per la fruizione di servizi delegati	1

*Tab. 2 – presenza di regolamenti unici a livello di sub-zona*

<b>TIPOLOGIA DI REGOLAMENTO</b>	<b>N. ZONE</b>
Accesso	1
ISEE	3
Soggiorni anziani	1
Agevolazioni rette scolastiche	1
Integrazioni rette in strutture	1

*Tab. 3 – azioni previste nel triennio*

<b>TIPOLOGIA DI REGOLAMENTO</b>	<b>N. ZONE</b>
Regolamento unico per l'erogazione di contributi economici e interventi di contrasto alla povertà	1
Regolamento unico per l'accesso alle prestazioni e servizi sociali	2
Regolamento unico per l'accesso alle prestazioni e servizi educativi	1
Regolamento per la gestione associata di sportelli per immigrati	1
Regolamento della Società per la Casa da costituirsi a livello di sub-zona	1



## **Politiche tariffarie**

Il tema delle politiche tariffarie viene inteso dalle zone come coincidente con l'applicazione dell'ISEE, che invece attiene più spiccatamente alla modalità di valutazione della situazione economica dei cittadini richiedenti prestazioni agevolate.

Nessuna zona fa riferimento a scelte di omogeneizzazione di rette e tariffe, o ad un tentativo di perseguire uniformi livelli di compartecipazione al costo dei servizi da parte degli utenti.

Si esaminano quindi di seguito le modalità di applicazione dell'ISEE.

Tenendo conto che 2 zone coincidono con il Comune, si nota che la metà delle altre ha un regolamento unico ISEE a livello zonale; in due zone è stato approvato un regolamento unico a livello subzonale.

Pur se esistente, il regolamento generale unico non trova però univoca applicazione su tutti i Comuni della zona, né viene applicato dai Comuni su tutti i servizi; solo in 3 zone esso trova applicazione in tutte le aree di intervento.

Il fatto che in taluni casi il regolamento non sia stato applicato da alcuni Comuni può derivare dal fatto che l'approvazione formale del regolamento generale spesso non è stata preceduta né seguita, da parte del singolo Comune, da una consapevole e voluta azione trasversale di ricognizione delle prestazioni e dei servizi da assoggettare né dalla riparametrazione di fasce e rette da reddito in ISEE su tutti i singoli servizi e prestazioni.

Ambiziosi per tutte le zone sono però gli obiettivi del triennio, conformi a quelli indicati dalla Regione; infatti nella totalità dei casi si prevede l'estensione dell'applicazione dell'ISEE ad un numero maggiore di servizi e la metà delle zone comprendenti più Comuni prevede addirittura di raggiungere l'uniformità delle rette dei servizi e delle soglie di accesso su base ISEE.

In un caso si dichiara l'intenzione di mettere a disposizione una risorsa umana presso l'ufficio di piano per procedere ad una ricognizione della variegata situazione esistente pur in presenza di un regolamento unico adottato da tutti i Comuni; in due zone si intende costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare per perseguire l'obiettivo dell'introduzione omogenea dell'ISEE nelle varie aree di intervento.

*Tab. 4 – applicazione dell'ISEE. Stato attuale*

<b>AZIONI DI OMOGENEIZZAZIONE</b>	<b>N. ZONE</b>
Regolamento generale per l'applicazione dell'ISEE	7
A livello zonale	5
A livello sub-zonale	2
Con applicazione su tutte le aree di intervento	2
Con applicazione sui servizi dell'area anziani	4
Con applicazione sui servizi educativi e scolastici	4
Con applicazione sui contributi economici	1

*Tab.5 – applicazione dell'ISEE. Obiettivi del triennio*

<b>AZIONI DI OMOGENEIZZAZIONE</b>	<b>N. ZONE</b>
Estendere il numero dei servizi che applicano l'ISEE	9
Dare applicazione ad un regolamento unico	6
Individuazione di soglie di accesso e tariffe uniche a livello di zona	1
Introduzione di correttivi all'ISEE identici	1
Costituzione di un gruppo di lavoro/studio sul tema	2

### **3.3 Il bilancio del programma attuativo**

Fra le modifiche adottate per i Piani di zona 2005-2007, rispetto alla sperimentazione 2002-2004, sono da comprendere anche gli strumenti per la ricostruzione della spesa sociale e socio-sanitaria sostenuta dalle zone. Nel periodo 2003 e 2004, nell'ambito del dibattito nazionale per i livelli essenziali delle prestazioni sociali, l'esigenza sempre più pressante di avere dati relativi agli interventi sociali e alle risorse impiegate ha dato origine ad una rilevazione della spesa consuntiva dei comuni singoli ed associati gestita dall'ISTAT. Il modello di rilevazione, è stato messo a punto in un tavolo di lavoro a cui hanno partecipato Regioni, Ministero del Welfare, Ragioneria Generale dello Stato ed ISTAT e, dopo una rilevazione pilota per testare lo strumento, è stato somministrato a tutti i Comuni singoli ed associati per rilevare la spesa sociale a consuntivo 2003. Il dato nazionale è già stato elaborato e pubblicato e,

benché vada utilizzato con grande cautela trattandosi di una prima rilevazione, ricostruisce, per la prima volta, un quadro organico della spesa sociale in Italia. La rilevazione è stata inserita nel piano statistico nazionale e verrà effettuata con cadenza annuale. La Regione Emilia-Romagna, unitamente ad un gruppo di Regioni, ha stipulato un protocollo di intesa con l'ISTAT per effettuare direttamente la rilevazione, garantendosi in tal modo:

1. la possibilità di integrare il modello con dati di interesse delle pianificazione regionale;
2. il controllo della rilevazione che viene effettuata in collaborazione con le Province e gli Uffici di Piano delle zone;
3. l'immediata disponibilità dei dati rilevati.

L'esperienza della nuova rilevazione ha portato a modificare anche gli strumenti per rilevare la spesa per i Piani di Zona.

La ricostruzione della spesa avviene attraverso due strumenti:

**1) Modello per la rilevazione della Spesa Sociale (tab. 3A e 3B):** rileva la previsione di spesa per interventi sociali o socio-sanitari effettuati dai Comuni, singoli o associati. Gli interventi rilevati sono solo quelli per i quali i Comuni sostengono delle spese. Non si tratta quindi della spesa complessiva per tutti gli interventi sociali presenti nel territorio regionale organizzati da pubblico e privato.

E' il modello ministeriale/Istat di rilevazione della spesa a consuntivo dei Comuni singoli e associati, integrato dalla Regione Emilia-Romagna con un quadro di rilevazione delle Entrate/Risorse e un quadro dei Trasferimenti che i Comuni effettuano verso Enti Associativi o altri Comuni.

Il tavolo tecnico costituito con gli Uffici di Piano e le Province ha deciso di adottare lo strumento utilizzato per la rilevazione a consuntivo anche per la rilevazione della previsione di spesa dei programmi attuativi, con il duplice proposito di garantire il confronto dei dati nel tempo e, soprattutto, di promuovere nei Comuni maggiore omogeneità nell'impostazione del piano dei conti, attualmente estremamente diversificato.

Il modello è stato adattato e semplificato per la rilevazione della spesa previsionale: mentre nella rilevazione a consuntivo nelle varie Aree di spesa per ogni intervento occorre fornire il n. utenti, la spesa sostenuta, la % di spesa gestita direttamente, in quella per i programmi attuativi i Comuni rilevano la presenza di ogni tipologia di intervento e la previsione di spesa solo per macro-tipologia di intervento (con l'opzione facoltativa di compilare il modello anche per singolo intervento, per facilitare il confronto con i documenti contabili e la rilevazione sul consuntivo).

Per ogni macro-tipologia di intervento gli elementi rilevati sono:

- **la spesa lorda** sostenuta dal Comune;
- **la compartecipazione alla spesa sostenuta dagli utenti** (per gli interventi organizzati dai Comuni);
- **la compartecipazione alla spesa sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale** (per gli interventi organizzati dai Comuni).

La rilevazione della spesa lorda fornisce il "costo" reale degli interventi effettuati a cui il Comune fa fronte con risorse di vario genere (risorse ricevute per trasferimenti dallo Stato, dalla Regione e Provincia, risorse proprie, rette dell'utenza, integrazione al costo da parte del S.S.N. per gli interventi a integrazione sanitaria).

Per facilitare il lavoro dei Comuni e degli Uffici di Piano ed aumentare la qualità dei dati, la rilevazione è stata completamente informatizzata.

I modelli di ogni Ente di spesa della Zona Sociale (Comuni singoli o associati) sono stati raccolti dall'Ufficio di piano che li ha inseriti in un data base di zona appositamente predisposto per effettuare vari controlli di congruenza dei dati rilevati e per esportare in Excel le Tabelle 3 A e 3B.

Le tabelle 3 A e 3B costituiscono il " Bilancio di previsione della spesa sociale della Zona".

La tabella 3 A fornisce la spesa lorda prevista in ogni area per macro-tipologia di intervento. Esportata dal data base automaticamente evidenzia la quota di spesa gestita in forma associata da Enti associativi (Consorzi, Unioni di Comuni, Associazioni di Comuni, Ausl per delega). A questa l'Ufficio di Piano ha

aggiunto la quota di spesa gestita dai Comuni esclusivamente con Accordi di programma.

La tabella 3B fornisce il quadro delle risorse per tipo di soggetto che contribuisce alla spesa prevista: Stato, Regione, Provincia, fondi del Servizio Sanitario Nazionale per interventi integrati, utenti per rette, risorse proprie dei Comuni.

Poiché si tratta di un "Bilancio di Zona", le tabelle 3 A e 3B, se la compilazione è avvenuta in modo corretto, devono avere importi coincidenti (cioè le risorse devono essere di pari importo delle spese). Fanno eccezione i trasferimenti di risorse fuori zona che non trovano nella zona la corrispondente voce di spesa.

**2) Modello di rilevazione della spesa socio-sanitaria sostenuta dalle AUSL:** rileva la spesa sostenuta dai distretti dell'AUSL per gli interventi a integrazione sanitaria. A differenza del modello di rilevazione sociale, in questo caso viene rilevata tutta la spesa per l'integrazione sanitaria in ambito regionale, per interventi organizzati sia dai Comuni che da altri enti pubblici e/o privati convenzionati.

Il modello di rilevazione della spesa socio-sanitaria, al fine di effettuare una analisi integrata, è stato predisposto con le stesse tipologie di fattori di spesa utilizzati nel modello della spesa sociale, rilevando però solo la spesa netta sostenuta dalla AUSL per ogni tipologia di intervento (quindi, nel caso di gestione di servizi o strutture al cui costo concorrono anche gli utenti, l'importo rilevato è stato già depurato del loro contributo). Per completare il quadro delle spese a carico della AUSL viene rilevato anche il costo per il personale adibito a funzioni socio-sanitarie.

Importante differenza da tenere in considerazione quando si analizzano i dati è nella voce "strutture". Nel modello di rilevazione della spesa dei Comuni, a questa voce vengono inserite solo le spese per le strutture residenziali e diurne di cui il Comune è titolare.

Nel modello di rilevazione della spesa socio-sanitaria delle AUSL invece, sotto la voce strutture, viene compreso anche il costo del personale dipendente o pagato dalla AUSL, che, in applicazione della DGR 1378/91, lavora in tutte le

strutture per anziani non autosufficienti convenzionate del territorio regionale (RSA, Case protette, centri diurni ecc.). Questa caratteristica va tenuta presente, soprattutto quando si opera una analisi per macro-tipologia di intervento per evitare errate considerazioni.

Dalla esperienza dei programmi attuativi 2005 si è valutato che il modello necessita di ulteriori perfezionamenti metodologici per renderlo più coerente con il sistema degli interventi socio-sanitari e con la contabilità analitica delle AUSL.

In generale, rispetto al Piano di zona 2002-2004:

- ⇒ la rilevazione della spesa si presenta più congruente con il sistema dei servizi, ha maggiore dettaglio negli interventi, identifica le forme associative presenti nel territorio e la quota di spesa gestita in forma associata, rileva per ogni Comune la quota di spesa trasferita a ciascun ente associativo della zona e la quota di spesa che viene gestita direttamente nei vari interventi. Viene superata la confusione, presente in passato, fra gestione associata ed affidamento o appalto del servizio. E' quindi possibile effettuare delle elaborazioni su tipologie di intervento e sulle risorse assorbite, correlandole con altre variabili, popolazioni target, variabili ambientali e dimensioni del Comune, ecc. Si possono inoltre effettuare elaborazioni non solo per zona, ma anche per Comune.
- ⇒ acquisendo serie storiche, si può comparare la previsione di spesa del programma attuativo di un determinato anno con la rilevazione della spesa a consuntivo dell'anno precedente o dell'anno di riferimento, si può fornire un quadro del sistema dei servizi, degli utenti assistiti e della spesa sostenuta, si possono tenere monitorati gli interventi che assorbono più risorse.

Le tipologie di intervento rilevate sono:

- Attività di servizio sociale professionale.
- Integrazione sociale (ricreative, sociali, culturali ecc.).
- Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo.
- Assistenza domiciliare.
- Servizi di supporto (mense, trasporti).

- Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi (rette, contributi).
- Strutture diurne o semi-residenziali (titolarità).
- Strutture comunitarie e residenziali (titolarità).
- Pronto intervento sociale.

I dati forniti mettono in evidenza le differenze fra zone, sia in termini di spesa che di sistema dei servizi, anche se si sconta in questa prima fase, l'incidenza dovuta al modo diverso di interpretare e compilare il questionario; ma i dati permettono, proprio perché evidenziano le differenze, di interrogarsi, valutare e correggere per il futuro.

Le elaborazioni sono state effettuate analizzando i dati di spesa di tutti i piani di zona della regione, per cui per ogni elaborato viene sempre fornito il dato regionale, il dato complessivo del campione, e il dato analitico di ogni zona del campione. E' quindi sempre possibile verificare gli scostamenti fra i dati campionari e quelli regionali.

Le elaborazioni analizzano la distribuzione della spesa pubblica per area di intervento, l'integrazione sanitaria per area di intervento, la spesa pro-capite complessiva e per area, il bilancio di zona (risorse e spesa lorda) e la spesa gestita in forma associata, il confronto fra la spesa a consuntivo 2003 e la previsione di spesa per il 2005.

Nelle elaborazioni si sono utilizzate le seguenti variabili di cui si fornisce sinteticamente la descrizione:

Spesa sociale lorda: spesa effettivamente sostenuta dai Comuni per l'organizzazione degli interventi

Spesa sociale netta: è la spesa lorda che effettivamente grava sul Comune una volta detratti il contributo utenti e il contributo S.S.N

Spesa socio-sanitaria: spesa netta sostenuta dalla AUSL per l'integrazione sanitaria

Spesa pubblica per interventi sociali e socio sanitari: somma di spesa sociale netta, spesa socio-sanitaria e spesa gestita direttamente dalla Provincia

Spesa pubblica per macro-tipologie di intervento (o fattori di spesa): interventi e servizi, trasferimenti in denaro, gestione strutture, personale a valenza sanitaria, analizzata separatamente in spesa sociale e spesa socio-sanitaria

Spesa pro-capite: è analizzata separatamente in pubblica, sociale, socio-sanitaria

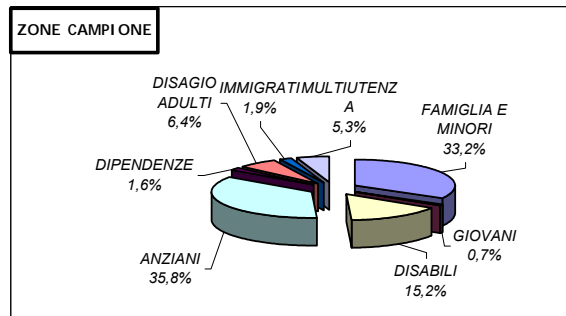
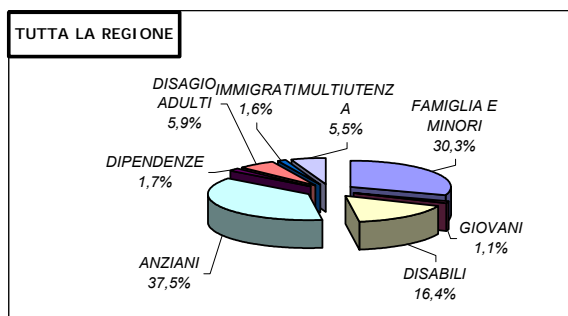
### 3.3.1 La spesa pubblica per Area di intervento

Nel grafico 1 "*Spesa pubblica totale: ripartizione per aree di intervento*" viene analizzata la distribuzione della spesa pubblica (sociale e socio-sanitaria) nelle aree di intervento.

Si osserva che fra il campione e il totale regionale gli scostamenti sono minimi. Gli interventi per gli anziani assorbono la quota maggiore di spesa, pari al 37,5% della spesa complessiva; seguono per importanza gli interventi per la famiglia e i minori che incidono per poco più del 30% (nella rilevazione le due aree sono state accorpate perché dalle precedenti esperienze dei Piani di Zona è risultato ancora difficile distinguere in modo omogeneo gli interventi). I disabili assorbono il 16,4% delle risorse, gli interventi per il disagio adulti (interventi volti a fronteggiare l'esclusione e la povertà estrema) incidono per il 5,9% e gli interventi organizzati per gli immigrati, in genere centri di servizio o interventi di formazione, per l'1,6%. Va ricordato che il sostegno economico alle famiglie di immigrati o la spesa per l'inserimento educativo e relazionale dei bambini viene compreso nell'area famiglia e minori e non in quella per immigrati. Per la lotta alle dipendenze viene investito l'1,7% delle risorse e l'1,1% per gli interventi a favore dei giovani. Quest'area è stata istituita formalmente con il programma attuativo 2005, con fondi finalizzati per interventi volti a prevenire il disagio giovanile. Una quota abbastanza consistente, pari al 5,5% delle risorse, è stato destinato all'area multiutenza, dove vengono registrate le spese per il piano di zona, per i sistemi informativi, per lo sportello sociale e il segretariato sociale, e in generale per gli interventi di sistema e trasversali.



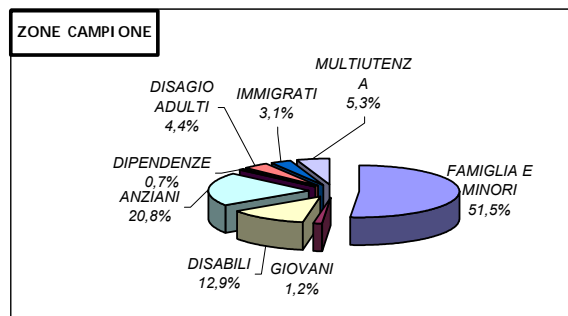
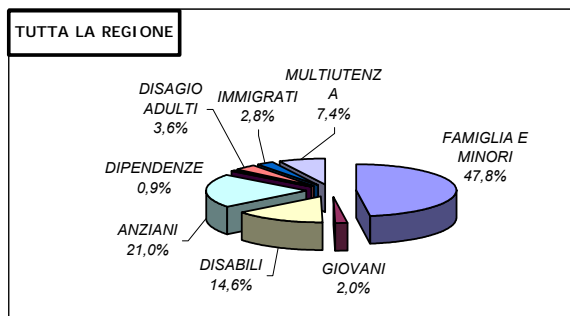
## Grafico 1. SPESA PUBBLICA TOTALE: RIPARTIZIONE PERCENTUALE PER AREE DI INTERVENTO



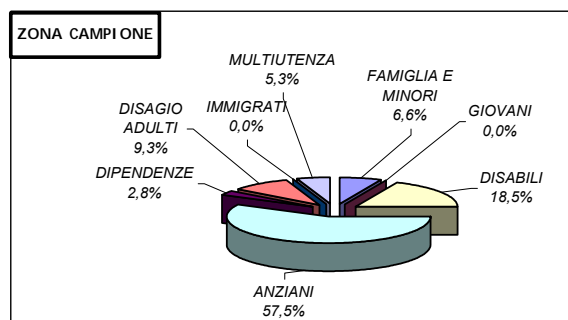
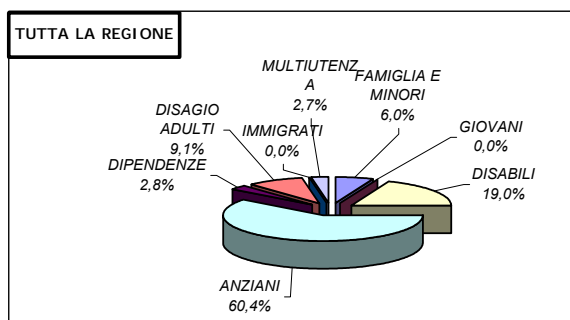
Analizzando separatamente la spesa sociale (Grafico 2) da quella socio-sanitaria (Grafico 3) si osserva la diversa distribuzione delle risorse fra le aree di intervento: per l'area famiglia e minori i Comuni impegnano la metà delle risorse a loro disposizione (47,8 in regione e 51,5 nel campione), mentre per l'AUSL rappresenta un'area di intervento socio-sanitaria ancora marginale in quanto vi destina solo il 6% della propria spesa. Viceversa gli interventi per anziani assorbono il 60,4% delle risorse socio-sanitarie, mentre i Comuni investono nell'area il 21% delle risorse. Le risorse per interventi per disabili incidono in misura abbastanza simile (14,6% e 19%) sulla spesa sociale e su quella socio-sanitaria, anche se sono diverse le tipologie di intervento.

Immigrati e giovani non sono interventi a integrazione socio-sanitaria per cui la spesa grava esclusivamente sui Comuni; per il disagio adulti, è maggiore l'incidenza sulla spesa sanitaria (9,1% rispetto al 3,6% della spesa sociale); va però considerato che in questa spesa sono incluse le rette pagate dalle AUSL per gli inserimenti in struttura delle persone con disagio psichico.

**Grafico 2. SPESA SOCIALE (COMPRESA SPESA ALTRI ENTI): RIPARTIZIONE PERCENTUALE PER AREE DI INTERVENTO**



**Grafico 3. SPESA SOCIO SANITARIA: RIPARTIZIONE PERCENTUALE PER AREE DI INTERVENTO**



APPENDICE 1: TAVOLE SPESA PUBBLICA, SOCIALE E SOCIO SANITARIA PER AREA E ZONA CAMPIONE

3.3.2 La spesa pubblica e l'integrazione socio-sanitaria

Analizzando le fonti della spesa pubblica in Regione nel 2005 (Tavola 1), si rileva che il sistema pubblico ha speso per i servizi sociali e socio-sanitari 1.112.146.743 di Euro, di questi circa il 58,1% (646.575.590 Euro) è a carico dei bilanci comunali e il 41,8% (465.092.643) viene speso dalle AUSL per l'integrazione socio-sanitaria.

**Tavola 1. SPESA SOCIALE DEI COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI E SPESA SOCIO SANITARIA DELLE AUSL (TUTTE LE AREE DI INTERVENTO)**

ZONE SOCIALI	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e assl per delega <sup>(1)</sup>		Spesa socio sanitaria <sup>(2)</sup>		Altri Enti (province) <sup>(3)</sup>		TOTALE SPESA PUBBLICA (Sp. sociale netta + Sp. soc. san + Sp. altri enti) <sup>(4)</sup>	
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	739.114	32,4	1.532.673	67,2	10.000	0,4	2.281.787	100,0
VALTARO E VALCENO	4.756.722	50,6	4.644.283	49,4	-	-	9.401.005	100,0
SCANDIANO	13.701.674	66,9	6.789.278	33,1	-	-	20.490.952	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	9.110.765	60,5	5.953.938	39,5	-	-	15.064.703	100,0
MODENA	40.829.029	57,9	29.699.380	42,1	-	-	70.528.409	100,0
BOLOGNA (*)	99.460.000	67,9	46.959.812	32,1	-	-	146.419.812	100,0
CASALECCHIO DI RENO	18.753.998	62,2	11.419.908	37,8	-	-	30.173.906	100,0
CENTRO NORD	29.455.918	61,2	18.640.395	38,8	-	-	48.096.313	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	9.576.853	47,3	10.671.246	52,7	-	-	20.248.099	100,0
FORLÌ	20.155.321	40,9	29.155.423	59,1	-	-	49.310.744	100,0
LUGO	12.377.117	52,2	11.353.263	47,8	-	-	23.730.380	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	14.110.624	54,6	11.515.142	44,6	199.750	0,8	25.825.516	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>273.027.135</b>	<b>59,2</b>	<b>188.334.740</b>	<b>40,8</b>	<b>209.750</b>	<b>0,0</b>	<b>461.571.625</b>	<b>100,0</b>
<b>TUTTA LA REGIONE (*)</b>	<b>646.575.590</b>	<b>58,1</b>	<b>465.092.643</b>	<b>41,8</b>	<b>478.510</b>	<b>0,0</b>	<b>1.112.146.743</b>	<b>100,0</b>

**Note**

(\*) Per la spesa socio sanitaria delle zone di Bologna e Pavullo sono stati considerati i soli dati disponibili della rilevazione 2004.

- (1) Spesa sociale netta Comuni singoli o ass. e Ausl per delega: ottenuta dalla rilevazione della spesa sociale (spesa per gli interventi in cui interviene il Comune)
- (2) Spesa socio sanitaria: spesa netta per l'integrazione socio sanitaria ottenuta dalla rilevazione presso le AUSL, riferita anche a interventi non gestiti dai Comuni.
- (3) Altri Enti (province): spesa gestita direttamente dalla provincia e non trasferita alle zone.
- (4) TOTALE SPESA PUBBLICA (Sp. sociale netta + Sp. soc. san + Sp. altri enti): costituisce l'insieme delle risorse pubbliche per gli interventi rilevati nel Piano di Zona.

Fra il totale regionale e quello del campione non si osservano sostanziali differenze, mentre esaminando le singole zone, il rapporto fra spesa sociale e spesa socio-sanitaria presenta una certa variabilità, in alcune, come l'Alta Val Trebbia, Forlì e Cesena Valle del Savio, l'incidenza della spesa socio-sanitaria è molto elevata e si inverte il rapporto di composizione.

Le politiche di integrazione sanitaria adottate nelle zone si possono analizzare con maggiore dettaglio analizzando le singole aree di intervento (si veda APPENDICE 2 - SPESA SOCIALE E SOCIO-SANITARIA PER AREA DI INTERVENTO).

Nell'area **famiglia e minori** la spesa pubblica regionale è di 337.131.707 Euro spesi per il 91,7% dai Comuni e per l'8,3% dal fondo sanitario, ma la variabilità nelle zone è elevata si passa dallo 5,8% di Forlì al 18-20% della Val Trebbia, Casalecchio e Riccione.

Nell'area **disabili** spesa sociale e spesa socio-sanitaria si equivalgono. Nelle zone ci sono scostamenti rispetto alla media regionale, ma fondamentalmente si presenta stabilizzata ed omogenea la partecipazione delle AUSL al sistema dei servizi. Gli estremi dello scostamento li presentano la Val Trebbia (23,6%) e Riccione (65,1%).

L'area **anziani** è l'area storica della integrazione socio-sanitaria, la normativa regionale per il sostegno alla non autosufficienza risale al 1994 ed il sistema dei servizi si è stabilizzato sugli obiettivi prefissati dai piani stralcio. In quest'area circa il 67% della spesa pubblica regionale è spesa dalle AUSL; si nota che a Lugo, Cesena e Val Trebbia la spesa sanitaria incide per oltre l'80% sulla spesa pubblica. Per Scandiano, Modena e Casalecchio la spesa socio-sanitaria è inferiore alla media regionale.

Nell'**areadipendenze** la spesa complessiva è di 18.490.000 Euro e il 70% è socio-sanitaria. C'è molta variabilità nelle zone: a Lugo, Val Trebbia e Val Taro la spesa è solo sociale, mentre a Modena la spesa della AUSL è del 93,5%.

L'area **povertà e disagio adulti** presenta la peculiarità di comprendere interventi abbastanza eterogenei: sia interventi per limitare la povertà estrema e l'esclusione quali mense, interventi di strada per i senza fissa dimora sia pagamenti di rette e inserimenti in strutture di persone con disagio mentale (a carico del FSN - Fondo Sanitario Nazionale).

Questo spiega in parte perché la spesa complessiva di 65.522.872 Euro sia ripartita per 65% a carico del Fondo sanitario e per il 35% a carico dei Comuni. La diversità dei valori del campione rispetto alla regione sono dovuti a Bologna che ha un comportamento inverso, con il 76% della spesa sostenuta dal Comune e il 24% dalla AUSL.

Area **multiutenza**: in quest'area sono comprese le spese per gli interventi di segretariato sociale, per le azioni di sistema (Piano di zona, sistema informativo ecc.) e per il personale non attribuito direttamente alle aree. Per questo suo carattere eterogeneo la variabilità del rapporto di composizione è elevata rispetto al valore medio regionale che vede una spesa a carico del FSN pari al 20,9% della spesa pubblica.

Le aree **Giovani e Immigrati** non registrano interventi a integrazione socio-sanitaria.

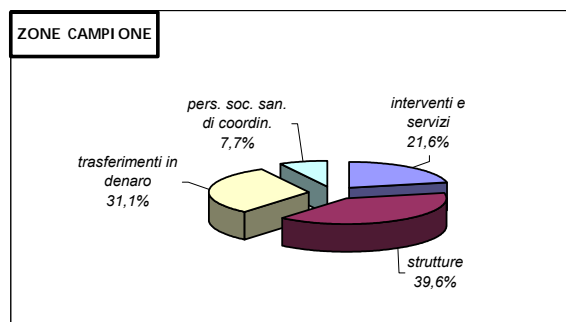
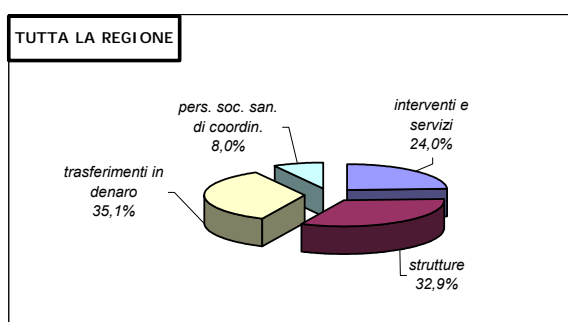
### 3.3.3 La Spesa pubblica: ripartizione per macrotipologie di intervento o fattori di spesa

Nel grafico 4 "Spesa pubblica totale: ripartizione percentuale per fattori di spesa" viene presentata la spesa pubblica regionale e delle aree campione (sociale e socio-sanitaria) ripartita secondo i fattori di spesa rilevati: interventi e servizi, gestione strutture, trasferimenti in denaro, personale a valenza sanitaria.

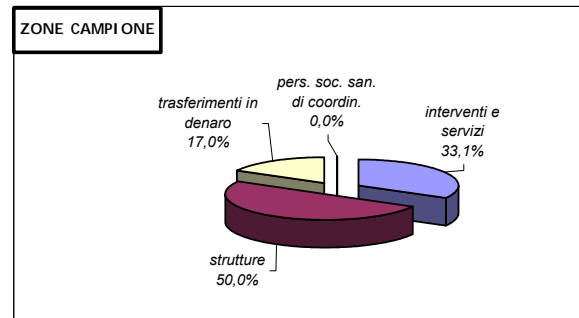
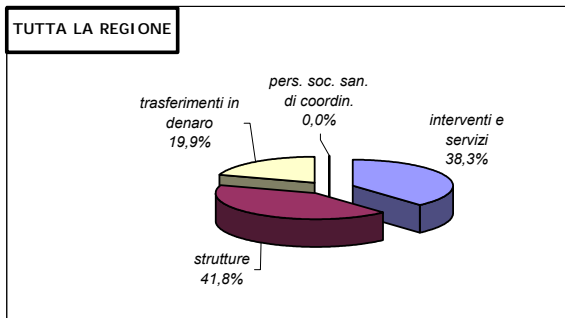
Viene inoltre analizzata separatamente la spesa sociale (Grafico 5) e la spesa socio-sanitaria (Grafico 6) per verificare la caratterizzazione delle due tipologie di spesa.

La spesa socio-sanitaria è prevalentemente composta di trasferimenti in denaro (56,3%), dovuti alle integrazioni di rette per anziani e disabili ospitati nelle strutture del territorio regionale, e di spese per personale (si ricorda che oltre nella voce "personale socio-sanitario di coordinamento" anche nella voce "strutture" è inserito il costo del personale sanitario che opera in strutture convenzionate). La spesa sociale è finalizzata prevalentemente alla gestione di strutture (41,8%) e a fornire interventi e servizi (38,3%).

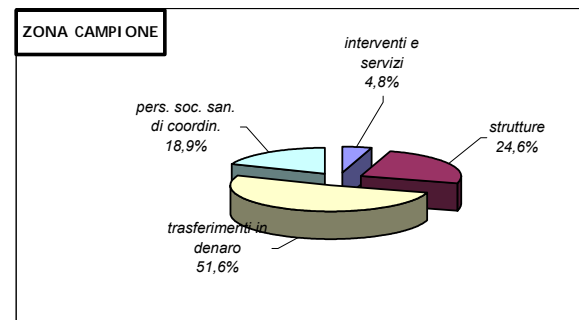
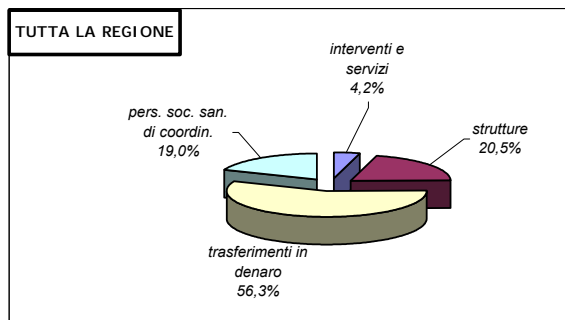
**Grafico 4. SPESA PUBBLICA TOTALE: RIPARTIZIONE PERCENTUALE PER FATTORI DI SPESA**



**Grafico 5. SPESA SOCIALE (COMPRESA SPESA ALTRI ENTI): RIPARTIZIONE PERCENTUALE PER FATTORI DI SPESA**



**Grafico 6. SPESA SOCIO SANITARIA: RIPARTIZIONE PERCENTUALE PER FATTORI DI SPESA**



Di seguito la Tavola 2 presenta la spesa pubblica, sociale e socio sanitaria per ogni zona campione, ripartita secondo i fattori di spesa in tutte le aree di intervento. La spesa socio-sanitaria appare prevalentemente destinata a trasferimenti in denaro in tutte le zone, mentre le zone presentano una maggiore variabilità nella spesa sociale. Per una maggiore informazione è interessante l'analisi per area di intervento (vedi APPENDICE 3 - SPESA SOCIALE E SOCIO-SANITARIA DISAGGREGATA PER MACROTIPOLOGIE DI INTERVENTI/ PER AREA DI INTERVENTO).



Dall'analisi dei dati regionali emerge che:

- nell'area **famiglia e minori** l'incidenza del fattore "strutture" sulla spesa sociale è elevatissimo (61,1%), questo è dovuto alla spesa per i nidi, e pur con alcune variazioni rimane il fattore di spesa prevalente in tutte le zone (esclusa la Val Trebbia, per la quale va però considerato che ha la % di minori più bassa della regione). La spesa sanitaria (che si ricorda dalle tavole dell'appendice 2 rappresenta in quest'area solo l'8% della spesa pubblica) è destinata al personale (71,8% della spesa regionale), in particolare per le figure professionali dello psicologo e del neuropsichiatra presenti nelle équipe di affido e adozione ecc.;
- nell'area **giovani** la spesa (solo sociale) è destinata per il 74,4% ad interventi e servizi;
- nell'area **disabili** i Comuni spendono per gli interventi e servizi (il 59,3% della spesa sociale) mentre la spesa socio-sanitaria è destinata per il 62,8% a trasferimenti in denaro per il pagamento di rette nelle strutture. Per la gestione di strutture (centri diurni e residenziali) le AUSL e i Comuni intervengono con la stessa quota e circa la stessa quantità di spesa. Nelle zone c'è molta variabilità nella ripartizione per fattori, derivata anche dalla presenza o meno di strutture nel territorio;
- nell'area **anziani**, la spesa sociale appare destinata per il 47,3% a interventi e servizi (assistenza domiciliare, trasporti, integrazione ecc.) per il 31,9 % alla gestione di strutture e per il 20,8% a trasferimenti in denaro per contributi economici e integrazioni alle rette. Analizzando le differenze fra le zone si osserva che la variabilità sembra dovuta alla presenza o meno di strutture a gestione comunale: dove sono presenti questa è la voce di spesa più consistente, dove mancano è molto elevata la spesa di trasferimenti per pagamenti di rette. La spesa sanitaria è invece destinata per il 68,9% alla integrazioni alle rette, circa il 24,9% alla voce strutture e una quota del 5,3% a personale sanitario di coordinamento, mentre pressoché nulla è la spesa per interventi e servizi (0,8%). Per una maggiore comprensione della destinazione della spesa è importante segnalare che, nell'area anziani, sotto la voce strutture è stata registrata la spesa di personale inserito nelle strutture in base alla direttiva 1378/91, che incide



per l'89% della spesa registrata per le strutture (69.910.752 Euro) e solo l'11% della stessa è destinato alla reale gestione di strutture;

- nell'area **dipendenze**: la spesa sociale è prevalentemente destinata a interventi e servizi (59,0%), e rispettivamente il 9,9% e il 31,1% sono per gestione strutture e trasferimenti. Nel fondo sanitario la spesa prevalente è per personale sanitario (47,4%) ma c'è una grande variabilità nelle zone;
- nell'area **disagio adulti**: la spesa sociale nella regione appare suddivisa fra le macro-tipologie di intervento secondo le seguenti proporzioni: 39,7% per trasferimenti di denaro, 38,3% per interventi e servizi e 21,9% per gestione di strutture; nel campione la quota per la gestione strutture è più elevata (25,6%) per l'influenza nella media campionaria di Bologna che vi destina il 51,7% delle risorse. E' interessante osservare che la dinamica dell'utilizzo delle risorse è completamente diversa fra zone con Comuni di dimensioni medio-piccole e zone di città. L'esclusione sociale è prevalentemente concentrata nei grossi centri urbani, (il volume di spesa sociale programmata di Bologna è circa un quinto della spesa regionale) e induce i Comuni a programmare strutture e centri di accoglienza. La spesa per strutture (diurni e dormitori) è presente solo nelle zone che hanno un Comune capoluogo: Bologna, Modena e Ferrara Centro-Nord (n.b. Forlì ha registrato la spesa del dormitorio sotto la voce "interventi e servizi"). La spesa socio-sanitaria regionale, in regione e in tutte le zone del campione, è in larga parte assorbita dal personale sanitario (61,5%); fanno eccezione le zone di Bologna, dove anche la spesa socio-sanitaria è prevalentemente destinata alla gestione di centri (55,9%), e quella di Forlì che destina i fondi ai trasferimenti monetari per rette;
- nell'area **immigrazione**: La spesa per gli interventi per immigrati è in parte inclusa nella Area Famiglia e minori, in quanto gli interventi alla Famiglia sono indifferenziati per immigrati e italiani. In quest'area intervengono solo i Comuni con fondi sociali. La media regionale vede la prevalenza di spesa per servizi (mediazione, centri servizi, integrazione sociale) pari 48,5% rispetto al 38,5% destinato a strutture. In realtà nelle zone c'è un comportamento molto differenziato, le zone con grossi centri urbani

preferiscono orientare le risorse in centri di accoglienza abitativa (a Bologna il 68,2% della spesa);

- nell'area **multiutenza**. E' l'area del segretariato sociale, delle azioni di sistema e dei piani di zona: la spesa sociale è solo per interventi e servizi, la spesa socio-sanitaria invece è solo per personale (spese per figure professionali non attribuibili alle singole aree di intervento).

### 3.3.4 Spesa pubblica pro-capite

Per fornire un indicatore sintetico e confrontabile fra le zone è stata calcolata la spesa pro-capite; nella regione (Tavola 3) la spesa pubblica pro-capite calcolata sulla popolazione residente è di 267,9 Euro, quella sociale è di 155,9 Euro e quella socio-sanitaria di 112 Euro. La dispersione attorno alla media è molto elevata, ma valori sopra la media sono presenti solo nelle zone in cui insistono i comuni capoluogo di provincia o limitrofe ad esse; i valori estremi per la spesa pubblica nel campione di zone esaminato sono di 148,2 Euro nella Alta Val Trebbia e di 391,6 Euro a Modena.

**Tavola 3. Spesa pubblica pro capite - Regione Emilia-Romagna**

REGIONE EMILIA ROMAGNA	SPESA SOCIALE (sp.comuni+ altri enti)		SPESA SOCIO SANITARIA		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti)		POP. TARGET
	totale	pro-capite	totale	pro-capite	totale	pro-capite	Popolazione totale anno 2004.
<b>TUTTA LA REGIONE</b>	<b>647.054.100</b>	<b>155,9</b>	<b>465.092.643</b>	<b>112,0</b>	<b>1.112.146.743</b>	<b>267,9</b>	<b>4.150.975</b>
<i>interventi e servizi</i>	247.545.505	59,6	19.466.943	4,7	267.012.448	64,3	
<i>strutture</i>	270.448.226	65,2	95.463.971	23,0	365.912.197	88,2	
<i>trasferimenti in denaro</i>	128.581.859	31,0	261.674.083	63,0	390.255.942	94,0	
<i>person. soc. san. di coordin.</i>	-	-	88.487.645	21,3	88.487.645	21,3	

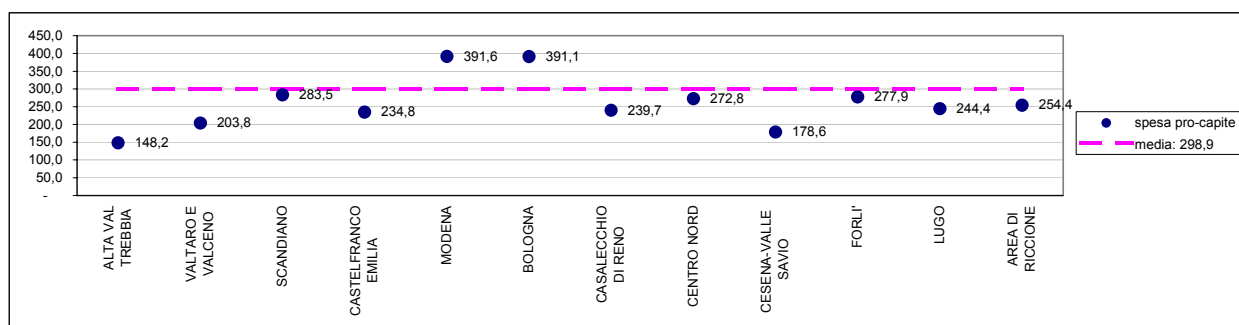
**Tavola 4. Spesa pubblica pro capite – Zone selezionate come campione**

ZONE RELATIVE AL CAMPIONE	SPESA SOCIALE (sp.comuni+ altri enti)		SPESA SOCIO SANITARIA		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti)		POP. TARGET
	totale	pro-capite	totale	pro-capite	totale	pro-capite	Popolazione totale anno 2004.
<b>TOTALE CAMPIONE</b>	<b>273.236.885</b>	<b>177,0</b>	<b>188.334.740</b>	<b>122,0</b>	<b>461.571.625</b>	<b>298,9</b>	<b>1.544.111</b>
<i>interventi e servizi</i>	90.333.975	58,5	9.054.259	5,9	99.388.234	64,4	
<i>strutture</i>	136.380.001	88,3	46.347.144	30,0	182.727.145	118,3	
<i>trasferimenti in denaro</i>	46.313.159	30,0	97.259.875	63,0	143.573.034	93,0	
<i>person. soc. san. di coordin.</i>	-	-	35.673.463	23,1	35.673.463	23,1	

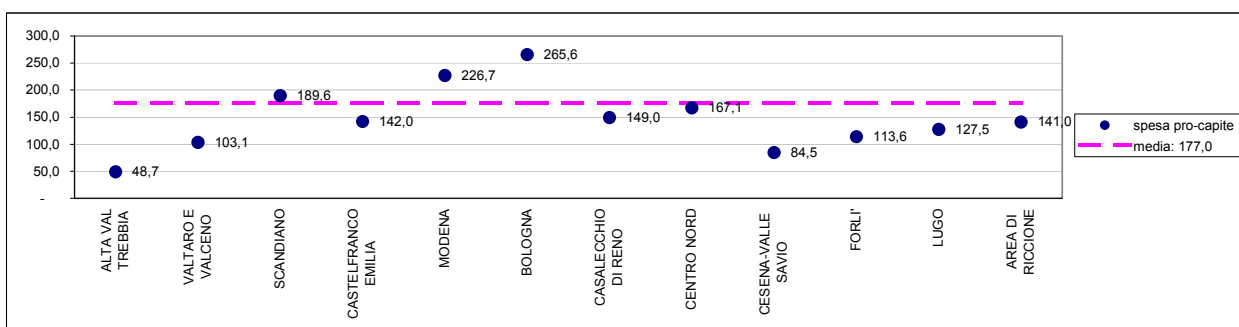
Nel campione di zone considerato la spesa pubblica è di 298,9 (Grafico 7), di cui la quota sociale è di 177,0 (Grafico 8) e quella socio-sanitaria di 122,0

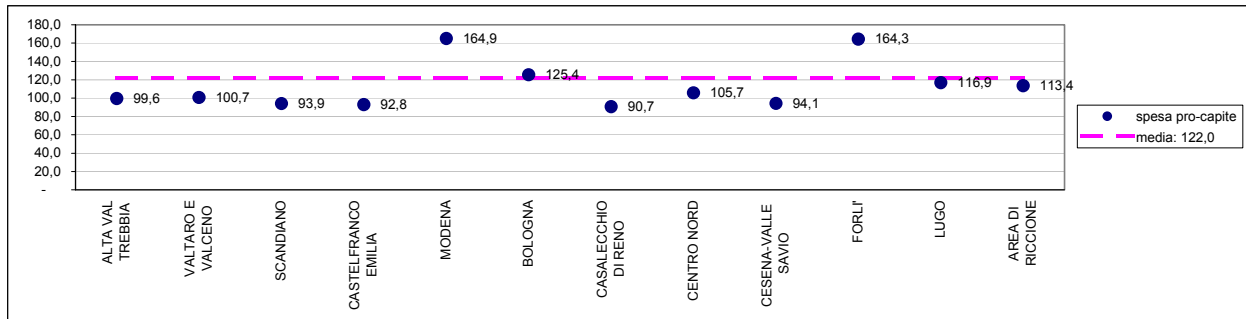
(Grafico 9). Anche nel campione, come si evidenzia dal grafico, si conferma che valori più elevati della spesa pro-capite si registrano nelle zone con comune capoluogo, sopra la media si collocano solo Modena e Bologna, e i valori più bassi si registrano a Cesena e nell'Alta Val Trebbia. Disaggregando le due componenti della spesa, la variabilità rispetto alla media è maggiore per la spesa sociale, rispetto a quella socio-sanitaria; solo Modena e Forlì presentano valori molto elevati rispetto alla media.

**Grafico 7. TUTTE LE AREE DI INTERVENTO (POP. TARGET. POPOLAZ. TOTALE. ANNO 2004) - SPESA PUBBLICA PRO CAPITE**



**Grafico 8. TUTTE LE AREE DI INTERVENTO (POP. TARGET. POPOLAZ. TOTALE. ANNO 2004) - SPESA SOCIALE PRO CAPITE**



**Grafico 9. TUTTE LE AREE DI INTERVENTO (POP. TARGET. POPOLAZ. TOTALE. ANNO 2004) - SPESA SOCIO SANITARIA PRO CAPITE**

Per fare una valutazione più congruente con le politiche dei programmi attuativi, e per non appiattire troppo il dato su un valore medio calcolato su tutta la popolazione residente è stata calcolata anche la spesa pro-capite per area di intervento su popolazioni target specifiche di area (vedi APPENDICE 4 – SPESA PUBBLICA PRO-CAPITE PER AREE DI INTERVENTO).

I principali risultati per area sono:

- per l'area Famiglia e minori si spendono mediamente 694,8 Euro di cui 638,3 di spesa sociale e 56,4 di spesa socio-sanitaria per ogni minore di 18 anni. Bologna è l'unica zona con valori sopra la media con oltre 1200 Euro pro-capite; la spesa più bassa è nell'Alta Val Trebbia;
- la spesa sociale pro-capite per l'area Giovani (popolazione 19-25 anni) è di circa 36,3 Euro con un picco di 120 Euro nella zona di Casalecchio. Bologna ha il valore più basso (9 Euro circa) assieme alle zone dell'Alta Val Trebbia e di Valtaro e Valceno;
- la spesa per ogni disabile, stimato con il numero di adulti invalidi al 100%, è di 5185,2 Euro, di cui 2610,9 di spesa sociale e 2574,3 di spesa socio-sanitaria. Il valore più alto è a Modena (circa 8000 Euro) e il più basso nell'Alta Val Trebbia (circa 1000 Euro);
- nell'area Anziani, per ogni ultra 64enne si spendono 893,2 Euro di cui 307,5 di spesa sociale e 585,7 di spesa socio-sanitaria. La variabilità attorno alla media è piuttosto elevata e si registra prevalentemente

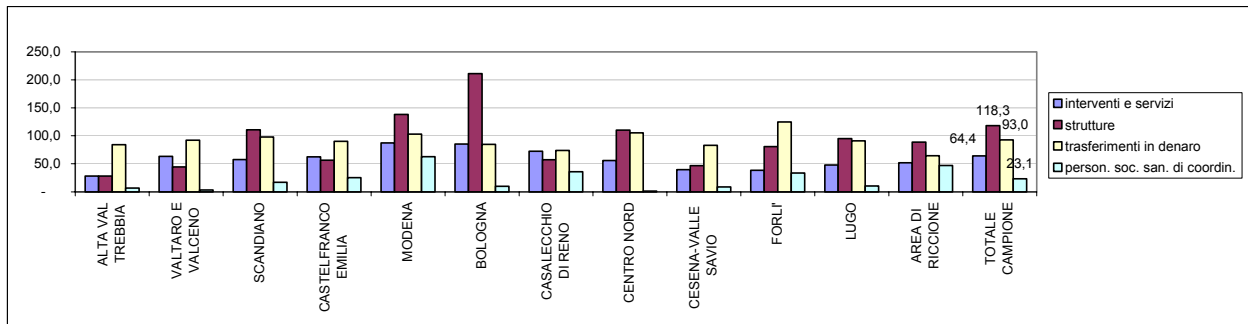
nella spesa sociale, mentre la spesa socio-sanitaria appare più omogenea;

- nell'area Dipendenze la spesa pro-capite, calcolata sulla fascia di popolazione di 15-44 anni è di 12,7 Euro. Le zone hanno valori piuttosto omogenei a parte Modena che ha una spesa di 50 Euro dovuta alla componente socio-sanitaria;
- nell'area Disagio Adulti (popolazione di 19-64 anni) la spesa pubblica pro-capite è di 30,8 Euro con una grande variabilità fra le zone determinata a volte dall'incidenza della componente sociale (strutture e trasferimenti monetari), ed è il caso di Bologna, a volte da quella socio-sanitaria (rette per la psichiatria e personale sanitario), come a Forlì e Casalecchio. Modena ha un valore elevatissimo (72 Euro), determinato da una elevata spesa sia sociale che socio-sanitaria;
- per ogni immigrato residente la spesa sociale è di 115,7 Euro, le zone di Bologna (circa 200 Euro) e Modena (circa 150) hanno una spesa superiore alla media, e le zone di Riccione, Alta Val Trebbia e Valtaro e Valceno hanno la spesa più bassa (circa 20-25 Euro pro-capite);
- nell'area Multiutenza la spesa, calcolata sulla popolazione residente, è mediamente di 15,9 Euro pro-capite con una elevata variabilità attorno questo valore sia per la componente sociale che per quella sanitaria.

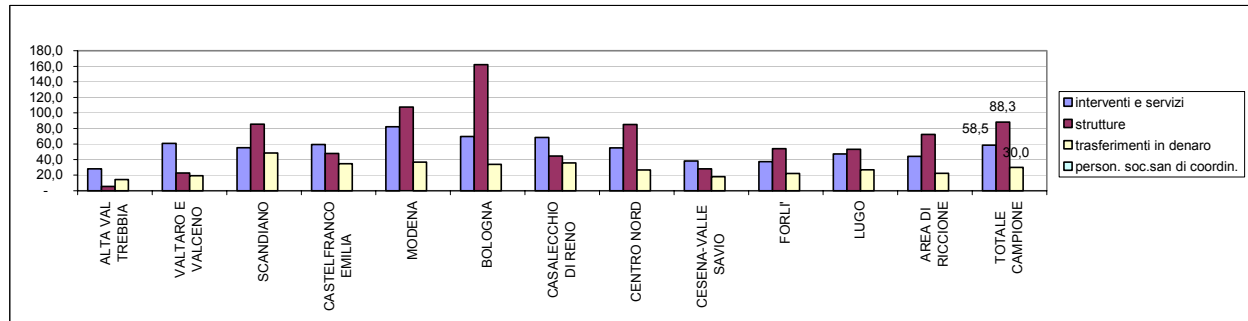
In sintesi si può affermare che: la elevata spesa pro-capite di Bologna è dovuta principalmente alle politiche di spesa nelle aree Famiglia e minori, Disabili, Disagio adulti e Immigrazione, quella di Modena sembra derivare dall'impegno nelle aree Disabili, Anziani (sociale), Dipendenze e Disagio adulti e la partecipazione della AUSL alla spesa è sempre molto rilevante. Per le zone di montagna l'impegno di spesa è indirizzato principalmente nell'area Anziani ed è in gran parte a carico del Fondo sanitario.

Nei [grafici 10-11-12](#) la spesa pro-capite viene scomposta per fattori di spesa o macrotipologie di intervento.

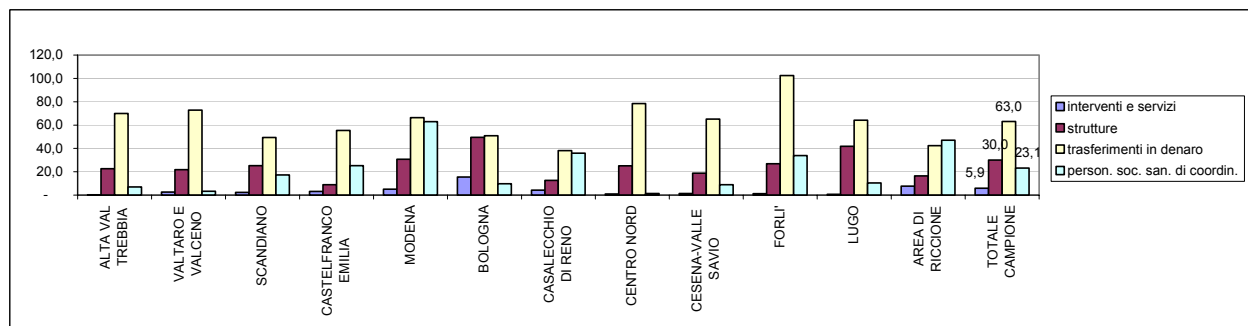
**Grafico 10. TUTTE LE AREE (POP. TARGET. POPOLAZ. TOT. ANNO 2004) - SPESA PUBBLICA PRO CAPITE PER FATTORI DI SPESA**



**Grafico 11. TUTTE LE AREE (POP. TARGET. POPOLAZ. TOT. ANNO 2004) - SPESA SOCIALE PRO CAPITE PER FATTORI DI SPESA**



**Grafico 12. TUTTE LE AREE (POP. TARGET. POPOLAZ. TOT. ANNO 2004) - SPESA SOCIO SANITARIA PRO CAPITE PER FATTORI DI SPESA**



**3.3.5 I bilanci di Zona nelle tabelle 3A e 3B**

Si richiama brevemente quanto detto in premessa: le tabelle 3A e 3B costituiscono il bilancio della zona e sono i documenti ufficiali, parte integrante dell'accordo di programma di programma sottoscritto da tutti gli enti interessati. Nella tabella 3A sono sommate tutte le risorse con cui i comuni singoli o associati e le AUSL per delega sostengono le spese descritte nella tabella 3B.

Sommando le tabelle 3A e 3B di tutte le zone si e' ricavato il "bilancio sociale della regione".

La spesa lorda per gli interventi sociali organizzati dai comuni è pari a 917.411.682 di Euro ed è ancora gestita in larga parte dai singoli comuni (80,6%), solo il 19,4% viene gestita in forme associate comprendendo fra queste anche le deleghe alle AUSL.

Nel campione di piani esaminati la percentuale di spesa gestita in forma associata risulta ancora più bassa (11,6%) anche perché comprende le due zone di Bologna e Modena in cui il Comune coincide con la zona.

Complessivamente a livello regionale le risorse da utilizzare risultano essere 964.892.251 Euro, superiori di circa 47.500.000 Euro alla previsione di spesa dichiarate; la differenza è dovuta in parte all'incidenza dei trasferimenti di risorse da una zona sociale all'altra, in parte si tratta di errori nella rilevazione commessi da alcune zone, che in generale si possono attribuire alla difficoltà iniziale ad utilizzare un modello di rilevazione diverso dal piano dei conti, peraltro disomogeneo, utilizzato dai comuni per la loro contabilità (vedi APPENDICE 5 - I BILANCI DELLE ZONE DEL CAMPIONE).

Dal quadro regionale emerge che le risorse derivano per il 54,7% da risorse proprie dei comuni, per il 12,5% da fondi trasferiti da stato, regione e province, per il 15,4% da rette pagate dagli utenti, e per il 15,8% da oneri a rilievo sanitario trasferiti ai comuni dal FSN per le attività a integrazione sanitaria.

La ripartizione è sostanzialmente analoga per il bilancio del campione di zone.

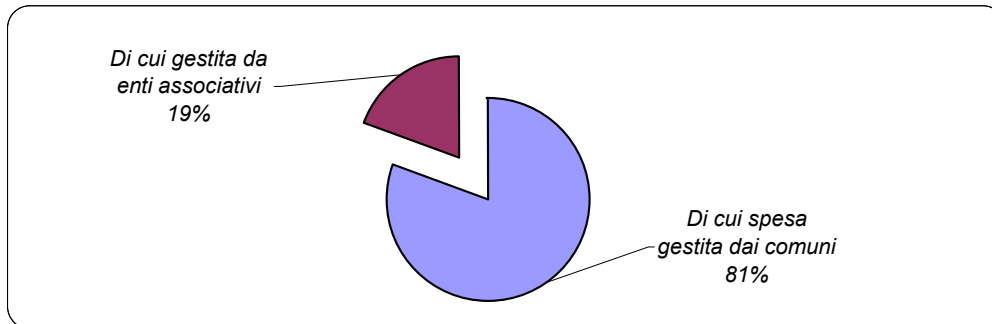
**Tab. 3B Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area, per Regione Emilia-Romagna**

AREE	Spesa sociale lorda complessiva (1)	ripartiz.ne % aree	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi	
			ass	%	ass	%
ANZIANI	295.043.859	32,2	243.504.143	82,5	51.539.716	17,5
DIPENDENZE	6.853.718	0,7	4.106.416	59,9	2.747.302	40,1
DISABILI	142.275.694	15,5	83.006.198	58,3	59.269.496	41,7
DISAGIO ADULTI	28.090.925	3,1	20.346.849	72,4	7.744.076	27,6
FAMIGLIA E MINORI	365.043.778	39,8	321.329.035	88,0	43.714.743	12,0
GIOVANI	12.872.126	1,4	11.807.355	91,7	1.064.771	8,3
IMMIGRATI	19.286.439	2,1	16.673.435	86,5	2.613.004	13,5
MULTIUTENZA	47.945.143	5,2	38.405.406	80,1	9.539.737	19,9
<b>REGIONE EMILIA ROMAGNA</b>	<b>917.411.682</b>	<b>100,0</b>	<b>739.178.837</b>	<b>80,6</b>	<b>178.232.845</b>	<b>19,4</b>

**NOTA**

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa

vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni. La spesa sociale netta rappresentata nelle tavole precedenti è ottenuta dalla spesa sociale lorda - le entrate da SSN e le entrate da utenti



**Tab. 3A Risorse per area, per Regione Emilia-Romagna**

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	283.403	31.293	44.145	6.657.339	86.500	82.370.993	95.966.586	1.977.897	187.418.156	115.649.410	303.067.566
Dipendenze	16.226	10.000	-	2.858.728	21.000	860	1.508.525	70.969	4.486.308	2.543.217	7.029.525
Disabili	420.936	84.000	851.420	6.739.013	1.082.395	6.632.215	43.510.327	3.919.449	63.239.755	63.374.650	126.614.405
Disagio Adulti	13.222	30.300	48.804	5.883.739	18.812	304.672	5.182.723	682.410	12.164.682	12.934.311	25.098.993
Famiglia e Minori	228.898	48.272	2.274.443	35.304.376	9.265.752	57.873.446	5.983.082	2.880.770	113.859.039	229.290.990	343.150.029
Giovani	2.000		10.000	1.921.263	69.896	57.000	476.898	93.400	2.630.457	7.559.222	10.189.679
Immigrati	105.142	211.628	1.468.195	4.194.752	152.061	1.348.865	76.034	195.144	7.751.821	11.015.285	18.767.106
Indistinti	54.744		3.048.201	35.059.955	1.549.190	-	-	3.234.884	42.946.974	53.838.445	96.785.419
Multiutenza	-	54.573	3.720	1.462.917	336.415	-	-	338.374	2.195.999	31.993.530	34.189.529
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>1.124.571</b>	<b>470.066</b>	<b>7.748.928</b>	<b>100.082.082</b>	<b>12.582.021</b>	<b>148.588.051</b>	<b>152.704.175</b>	<b>13.393.297</b>	<b>436.693.191</b>	<b>528.199.060</b>	<b>964.892.251</b>



(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	0,1	0,0	0,0	2,2	0,0	27,2	31,7	0,7	61,8	38,2	100,0
Dipendenze	0,2	0,1	-	40,7	0,3	0,0	21,5	1,0	63,8	36,2	100,0
Disabili	0,3	0,1	0,7	5,3	0,9	5,2	34,4	3,1	49,9	50,1	100,0
Disagio Adulti	0,1	0,1	0,2	23,4	0,1	1,2	20,6	2,7	48,5	51,5	100,0
Famiglia e Minori	0,1	0,0	0,7	10,3	2,7	16,9	1,7	0,8	33,2	66,8	100,0
Giovani	0,0	-	0,1	18,9	0,7	0,6	4,7	0,9	25,8	74,2	100,0
Immigrati	0,6	1,1	7,8	22,4	0,8	7,2	0,4	1,0	41,3	58,7	100,0
Indistinti	0,1	-	3,1	36,2	1,6	-	-	3,3	44,4	55,6	100,0
Multiutenza	-	0,2	0,0	4,3	1,0	-	-	1,0	6,4	93,6	100,0
TUTTE LE AREE	0,1	0,0	0,8	10,4	1,3	15,4	15,8	1,4	45,3	54,7	100,0

#### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

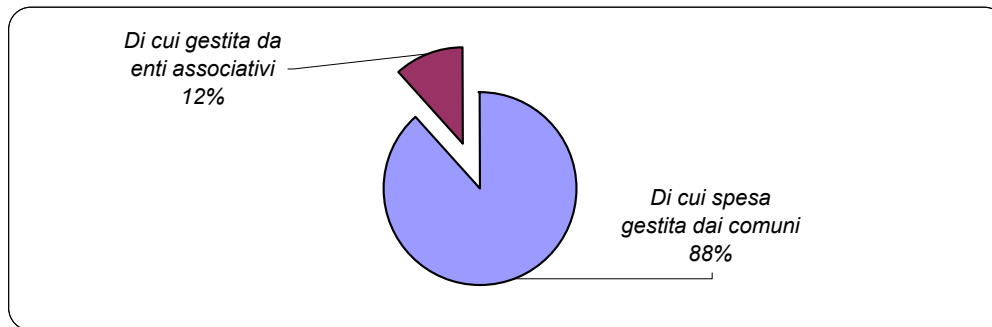
- (1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione) (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);
- (2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati. Si veda APPENDICE 5.

**Tab. 3B Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area, per "Campione di zone"**

AREE	Spesa sociale lorda complessiva (1)	ripartiz.ne % aree	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi	
			ass	%	ass	%
ANZIANI	138.439.821	34,6	122.429.095	88,4	16.010.726	11,6
DIPENDENZE	2.720.099	0,7	1.808.250	66,5	911.849	33,5
DISABILI	54.582.987	13,6	37.201.988	68,2	17.380.999	31,8
DISAGIO ADULTI	13.623.210	3,4	11.347.448	83,3	2.275.762	16,7
FAMIGLIA E MINORI	163.554.792	40,8	155.294.189	94,9	8.260.603	5,1
GIOVANI	3.578.703	0,9	3.103.656	86,7	475.047	13,3
IMMIGRATI	9.337.478	2,3	9.126.939	97,7	210.539	2,3
MULTIUTENZA	14.557.439	3,6	13.495.586	92,7	1.061.853	7,3
<b>TOTALE ZONE SELEZIONATE</b>	<b>400.394.529</b>	<b>100,0</b>	<b>353.807.151</b>	<b>88,4</b>	<b>46.587.378</b>	<b>11,6</b>

#### NOTA

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni. La spesa sociale netta rappresentata nelle tavole precedenti è ottenuta dalla spesa sociale lorda - le entrate da SSN e le entrate da utenti.



**Tab. 3A Risorse per area, per "Campione di zone"**

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	231.490	31.293	42.645	2.213.642	39.500	31.971.478	55.199.827	536.801	90.266.676	43.747.781	134.014.457
Dipendenze	-	10.000	-	1.175.253	-	-	873.389	59.000	2.117.642	891.500	3.009.142
Disabili	252.677	84.000	120.238	2.125.000	456.022	2.406.209	17.729.071	2.627.742	25.800.959	21.168.616	46.969.575
Disagio Adulti	-	5.300	-	3.507.696	18.812	80.242	1.952.481	92.812	5.657.343	5.884.441	11.541.784
Famiglia e Minori	12.100	-	1.227.343	15.408.821	2.363.101	22.151.767	3.517.747	1.210.403	45.891.282	104.687.032	150.578.314
Giovani	-	-	2.000	580.108	28.115	14.940	476.898	5.000	1.107.061	2.605.428	3.712.489
Immigrati	30.988	159.628	965.074	1.312.355	35.809	751.183	18.206	6.642	3.279.885	5.944.830	9.224.715
Indistinti	5.296	-	67.466	12.457.573	873.839	-	-	91.111	13.495.285	16.612.198	30.107.483
Multiutenza	-	-	-	217.925	130.136	-	-	67.123	415.184	11.207.602	11.622.786
TUTTE LE AREE	532.551	290.221	2.424.766	38.998.373	3.945.334	57.375.819	79.767.619	4.696.634	188.031.317	212.749.428	400.780.745

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	0,2	0,0	0,0	1,7	0,0	23,9	41,2	0,4	67,4	32,6	100,0
Dipendenze	-	0,3	-	39,1	-	-	29,0	2,0	70,4	29,6	100,0
Disabili	0,5	0,2	0,3	4,5	1,0	5,1	37,7	5,6	54,9	45,1	100,0
Disagio Adulti	-	0,0	-	30,4	0,2	0,7	16,9	0,8	49,0	51,0	100,0
Famiglia e Minori	0,0	-	0,8	10,2	1,6	14,7	2,3	0,8	30,5	69,5	100,0
Giovani	-	-	0,1	15,6	0,8	0,4	12,8	0,1	29,8	70,2	100,0
Immigrati	0,3	1,7	10,5	14,2	0,4	8,1	0,2	0,1	35,6	64,4	100,0
Indistinti	0,0	-	0,2	41,4	2,9	-	-	0,3	44,8	55,2	100,0
Multiutenza	-	-	-	1,9	1,1	-	-	0,6	3,6	96,4	100,0
TUTTE LE AREE	0,1	0,1	0,6	9,7	1,0	14,3	19,9	1,2	46,9	53,1	100,0

**NOTA**

Fra le risorse sono comprese le entrate:

- (1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione) (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);
- (2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.

### 3.3.6 Confronto fra il consuntivo 2003 e la spesa di previsione 2005

Confrontando le due rilevazioni disponibili, e tenendo presente che si confrontano dati di consuntivo con dati di previsione, si osserva un incremento complessivo della spesa sociale netta del 12,1% pari a circa 69.981.000 Euro. L'aumento non è omogeneo per tutte le aree e in alcuni casi si registrano variazioni di segno opposto all'interno della stessa area fra le tipologie di intervento.

Aumenta del 14% la già elevata spesa per l'area famiglia e minori, le risorse aggiuntive sono dedicate principalmente all'area del disagio: strutture residenziali e interventi educativi e assistenziali, che raddoppiano di importo.

Aumentano le risorse per i disabili del 12,9% (+10.812.000 Euro), prevalentemente destinate a trasferimenti in denaro e integrazione sociale.

Viene istituito nel 2005 il settore "Giovani" a cui si destinano 12.566.000 Euro.

Aumentano nel settore multiutenza le risorse destinate agli uffici di piano e ai piani di zona (+9.475.000 Euro) ma vengono più che dimezzate le risorse destinate alle attività di prevenzione e sensibilizzazione.

Aumentano del 29% (circa 5.190.000 Euro) le risorse per l'area disagio adulti destinate in particolare a trasferimenti in denaro e a servizi socio-assistenziali.

Aumentano lievemente anche le risorse per immigrati (+1.065.000 Euro) area in cui sembra esserci anche una riorganizzazione delle tipologie di intervento, in quanto parte delle risorse vengono indirizzate verso interventi di integrazione sociale e educativi.

Le risorse diminuiscono per le aree Dipendenze e Anziani. Nell'area anziani la contrazione complessiva pari al 3,3% riguarda solo i trasferimenti di denaro, mentre i fondi per strutture residenziali e diurne e interventi di integrazione sono in aumento.



#### **4 - Considerazioni conclusive**

L'elaborazione e approvazione dei Piani di zona 2005-2007, e l'impegnativo lavoro che ha sostenuto il processo in tutte le zone, ha portato a consolidare alcuni elementi positivi emersi nel corso del triennio della sperimentazione e ad avviare processi di innovazione, soprattutto a livello di governo del sistema, anche in coerenza con le novità normative e culturali degli ultimi anni.

Questo dato è ancora più positivo e da valorizzare se si considera la difficile situazione economica e l'oggettiva diminuzione di risorse complessivamente disponibili agli Enti locali, in particolare provenienti dal Fondo nazionale: tutto ciò sembra non avere, fino ad oggi, compromesso l'investimento locale sulle politiche sociali, anche se sono leggibili come possibili segnali critici il ridimensionamento di alcuni interventi o la mancanza di innovazione diffusa, innovazione che pure è presente, con un forte sforzo di rispondere ai nuovi bisogni emergenti in tutte le aree, ma condizionata dai limiti imposti dalle risorse.

Le considerazioni esposte di seguito intendono sintetizzare le tendenze che sono emerse nel presente report, per dare un quadro d'insieme della "nuova generazione" dei Piani.

Per quanto riguarda la **programmazione nelle diverse aree d'intervento**, appaiono consolidarsi in tutte le aree, anche attraverso processi di qualificazione, la maggior parte delle diverse e articolate tipologie d'intervento già avviate, mentre in diverse realtà si trasformano progetti in servizi, o in interventi con un buon grado di strutturazione e continuità. Ciò emerge anche dal dato di spesa relativo al concorso dei Comuni nel finanziamento dei Programmi finalizzati regionali, in molte realtà decisamente più alto rispetto alle previsioni regionali. Infine, seppure in misura limitata, in quasi tutte le aree vengono introdotte innovazioni e sperimentazioni in risposta a nuovi bisogni emergenti. L' "innovazione" più diffusa e trasversale è però, come si è detto, quella di strutturare e qualificare quello che di nuovo si è avviato negli anni recenti.

Il tema particolare dell'**integrazione delle politiche** è presente in tutte le programmazioni con diversi "accenti" e diversi gradi di strutturazione delle

forme e degli strumenti di integrazione. Sicuramente nelle aree di intervento più consolidate e storiche predomina la dimensione dell'integrazione tra politiche sociali e sanitarie, soprattutto a livello di percorsi assistenziali, mentre si sta lavorando su altri "nodi" del sistema, in parte con nuovi strumenti: soprattutto sull'integrazione con le politiche abitative, le politiche formative e quelle del lavoro, le politiche per la mobilità. In questo nuovo triennio si è rilevata anche una diffusione molto ampia dei progetti d'integrazione e, in alcune realtà, un utilizzo di meccanismi di raccordo tra i fondi messi a disposizione dall'Unione Europea e le risorse ordinarie. Le specificità dei soggetti e delle politiche con le quali si persegue l'integrazione variano al variare delle aree: ad esempio nell'area Famiglia, infanzia e adolescenza sono molto diffusi progetti e interventi con le scuole, mentre nell'area Immigrazione, asilo e lotta alla tratta, prevalentemente con Centri per l'impiego, Questure, Prefetture, ACER.

Rispetto agli **strumenti tecnici e istituzionali e alle forme di coordinamento** che le zone si sono date per sostenere il processo, emerge una chiara strutturazione e regia dei percorsi e degli strumenti, più esplicita e governata rispetto alla fase sperimentale, sostanzialmente in conformità con le linee guida regionali pur con una eterogeneità organizzativa nata dagli specifici contesti. Un elemento non sempre conforme è rappresentato dalla presenza di tavoli con presenza mista, tecnica e politica.

Di fatto emergono il ruolo di *governo* del Comitato di Distretto e in particolare del Comune capofila, investito con più chiarezza e consapevolezza rispetto al passato, seppure con gradi diversi di partecipazione e di condivisione dei processi decisionali da parte dei Comuni associati; il ruolo di *analisi, approfondimento e co-progettazione* dei Tavoli tematici; il ruolo di *integrazione delle programmazioni* del Tavolo tecnico; il ruolo di *supporto, accompagnamento e promozione della partecipazione* dell'Ufficio di piano, anche se in diverse realtà questo strumento è configurato ancora in modo allargato, tale da coincidere con il tavolo tecnico.

Un tema specifico è quello delle **forme di coordinamento di livello provinciale** che è stato oggetto di particolare attenzione per il cambiamento intervenuto

rispetto alla fase sperimentale, con l'attuazione delle indicazioni specifiche per la programmazione contenute nella L.R. 2/2003. Ciò ha implicato per le Province un "riposizionamento" rispetto alla partecipazione e al coordinamento della programmazione, tarato su un ruolo di maggior protagonismo dei Comuni, e allo stesso tempo su un raccordo da costruire, nelle Aree Famiglia, infanzia e adolescenza e Immigrazione, tra programmi provinciali e programmi zonali per ricomporre all'interno di un unico processo e di un unico atto i diversi ruoli e interventi. Complessivamente si può osservare che le singole Province hanno svolto ruoli abbastanza eterogenei, a seconda dei contesti istituzionali e di quanto già era stato costruito nel rapporto con i Comuni durante la sperimentazione. Di fatto si va da contesti fortemente strutturati in cui il ruolo delle Province viene interpretato con un accento significativo sul coordinamento e, su certi ambiti, la regia (es. nei rapporti con il Sindacato o con la cooperazione sociale), ad altre realtà in cui si è fatto un investimento più orientato su azioni di supporto, quindi su un ruolo più "di sfondo", anche in relazione alle risorse umane e organizzative fruibili in quello specifico contesto. Inoltre in molte realtà è evidente il ruolo di maggiore coordinamento e supporto svolto dalla Provincia nei confronti delle zone composte da molti Comuni, o da Comuni molto piccoli, o di area montana.

Riguardo ai **processi di partecipazione** si può rilevare una presenza molto diffusa e significativa dei diversi soggetti del Terzo settore e del Sindacato, con un contributo decisamente rilevante soprattutto nell'analisi dei bisogni e nella nuova progettazione; mentre la formalizzazione di tale contributo attraverso adesioni all'Accordo di programma o specifici verbali e intese è solo di poco aumentata rispetto alla fase sperimentale, ma non sembra un dato da interpretare negativamente. In particolare appare più strutturata la concertazione con le Organizzazioni sindacali (in molte realtà il Comitato di distretto ha dedicato un tavolo allargato specifico) e in molte realtà il ruolo del Terzo settore appare più definito, con più attenzione per la rappresentatività "pertinente", tecnica e politica, ai diversi tavoli.

Un elemento molto significativo da un punto di vista sostanziale è l'impegno, diffuso, nella prosecuzione del lavoro dei Tavoli tematici per il monitoraggio dell'attuazione del piano.

Riguardo al **governo dell'integrazione sociosanitaria** emerge una maggiore elaborazione su questo tema rispetto al passato, anche per le novità normative intervenute, e il consolidamento di pratiche interistituzionali e interprofessionali: ne sono segnali significativi la diffusa presenza del Distretto/Ausl nei diversi tavoli politici e tecnici, e nell'Ufficio di piano (anche in relazione alle funzioni di questa struttura rispetto all'integrazione); i riferimenti, più presenti che nella fase sperimentale, al Programma delle attività territoriali (PAT) e al Piano per la salute (PPS); il concorso assai diffuso del Distretto/Ausl a progetti specifici; l'integrazione dei percorsi assistenziali, spesso regolata da Accordi di programma specifici; il ruolo ben articolato dell'integrazione nell'Accordo che ha approvato il Piano e il Programma attuativo; il ruolo della Provincia, in diverse realtà, di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

È evidente come le realtà territoriali si siano più "attrezzate" su questo tema: i bisogni si presentano sempre più come bisogni complessi di assistenza, non solo nelle fasce tradizionali degli anziani e dei disabili, ma anche in target come i bambini e gli adolescenti o nelle persone con dipendenze o con patologie psichiatriche o in stato di povertà. Nello stesso tempo l'attuazione della norma regionale per la costituzione del Fondo distrettuale per la non autosufficienza implica la sperimentazione di un modello di governo e gestionale sul quale si stanno già mettendo alla prova o tesaurizzando alcuni elementi che fanno parte delle buone prassi di quei territori.

Per quanto riguarda l'analisi delle **gestioni associate**, si è rivelato difficile cogliere delle vere e proprie tendenze, a causa della eterogeneità rilevabile nei vari territori in relazione alle forme di associazione scelte dalle zone, alle tipologie di servizi gestiti in forma associata e al peso complessivo di questi sulla spesa totale della zona, peso che è comunque circoscritto (a livello regionale circa il 19% della spesa dei Comuni).



Pur con questo limite, è evidente dalla lettura dei piani che il tema delle gestioni associate e più in generale delle forme dell'esercizio associato delle funzioni, è molto più oggetto di attenzione e di elaborazione rispetto alla fase sperimentale, anche a seguito del processo avviato in tutte le zone di trasformazione aziendale delle Ipab. In alcune realtà, come ad esempio nel caso della forma associativa del nuovo Circondario Imolese, è visibile il risultato di questa diffusa consapevolezza e attenzione, e cioè uno strumento di governo del sistema da parte dei Comuni associati, strutturato e stabile (si tratta dell'organo di governo del Circondario), adeguato a gestire l'insieme delle nuove funzioni: definizione e attuazione dell'accreditamento, gestione del fondo distrettuale per la non autosufficienza, regolamentazione della compartecipazione alla spesa, costituzione e gestione delle ASP.

Ciò che caratterizza queste nuove forme di governo che si stanno avviando in modo graduale anche in altri territori è il superamento della sede del Comitato di distretto e dello strumento dell'Accordo di programma, e la realizzazione della corrispondenza tra la dimensione territoriale del distretto e la forma di governo del sistema sociale e sanitario da parte dei Comuni associati (che può consistere in un'unica forma associativa coincidente con il distretto o nel coordinamento fra forme associative che hanno a riferimento lo stesso distretto).

Questo aspetto della forma individuata dai Comuni per l'esercizio associato delle funzioni è molto rilevante rispetto anche alla "qualità" della programmazione e allo sviluppo della rete degli interventi e servizi. Com'è stato rilevato anche nelle aree d'intervento (in particolare quella Disabili) esistono differenze rilevanti tra quelle zone nelle quali il piano è già pienamente utilizzato per definire nell'ambito dell'intera zona sociale le principali scelte riguardanti lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali e quelle zone dove invece il piano di zona viene ancora utilizzato come l'occasione per avviare un'insieme di progetti in occasione della ripartizione del fondo per le politiche sociali.

Dimostrano maggiore ottica strategica, maggiore pertinenza ai bisogni e più innovazione quelle zone caratterizzate da un assetto di governo e di gestione

della rete dei servizi più unitario e di ambito territoriale distrettuale. La pluralità degli attori pubblici e privati che intervengono, così come il numero e la complessità dei singoli settori di intervento (servizi sociali, servizi sanitari, scuola, lavoro...), appaiono infatti meglio governati in quelle zone dove, grazie anche alla presenza di un'unica forma di gestione dei servizi sociali, emerge per l'intera zona sociale una politica più unitaria ed una maggiore capacità di governo anche tecnico della rete.

Sicuramente connesse al tema delle gestioni associate sono le scelte su **regolamenti per l'accesso e politiche tariffarie**, rispetto alle quali si registra una tendenza al mantenimento di ottiche centrate sul singolo Comune, anche in presenza di regolamenti zonali, che risultano a volte non applicati. L'elaborazione di regole comuni per l'accesso pare non essere ancora l'obiettivo prioritario, dal momento che anche per il triennio non in tutte le zone si dichiarano intenti di regolazione comune. Lo stesso dato emerge rispetto a scelte di omogeneizzazione di rette e tariffe, anche se su questo gli obiettivi nel triennio appaiono più ambiziosi relativamente al raggiungimento dell'uniformità delle rette dei servizi e delle soglie di accesso su basi ISEE. Si registra comunque in alcuni casi l'avvio di percorsi metodologici per arrivare a mappare l'esistente e valutare la fattibilità di regolazioni e politiche comuni a livello distrettuale.

Il livello di forte disomogeneità che emerge a livello territoriale è in parte riconducibile alla mancanza di un quadro normativo coerente e completo. Per questo motivo la Regione ha avviato nel corso del 2005 un percorso di confronto con gli Enti Locali per la stesura di una direttiva regionale in applicazione dell'art 49 della L.R. 2/03 che prevede che il Consiglio regionale definisca i criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni del sistema integrato, nel rispetto dei principi di cui al D. Lgs. 31 marzo 1998, n. 109.

Riguardo alla **spesa pubblica sociale e sociosanitaria**, dall'insieme di dati analitici disponibili sull'intero territorio regionale, emergono alcune informazioni generali sul sistema. Innanzitutto, esaminando la *distribuzione nelle diverse aree d'intervento della spesa sostenuta dai Comuni* (spesa sociale, pari a circa

il 58% di tutta la spesa pubblica) e di quella sostenuta dalle Aziende Usl (spesa sociosanitaria, intesa come spesa sanitaria su interventi e strutture ad integrazione, pari a circa il 42%), si rileva che, a parte l'area Giovani e quella Immigrazione, c'è concorso di entrambe le fonti di finanziamento su tutte le Aree. Ciò significa che a livello di risorse c'è un'integrazione sociosanitaria molto diffusa, intesa come investimento su bisogni complessi e difficilmente frammentabili. Ciò è vero anche a fronte di una *forte variabilità da zona a zona della misura del concorso di Comuni e Ausl* alla spesa pubblica totale.

Inoltre rispetto alle *aree d'intervento in cui si concentra la spesa*, se osserviamo solo la spesa sociale, cioè a carico dei Comuni, quasi la metà è assorbita da Famiglia e minori (47,8%), e seguono, a distanza notevole, le aree Anziani (21%) e Disabili (14,6%); mentre considerando il totale della spesa pubblica (Comuni e Ausl insieme) l'area Anziani è quella che assorbe più risorse (37,5%) seguita da Famiglia e minori (30,3%) e Disabili (16,4%). Nella lettura di questi dati va tenuto presente che la maggior parte della spesa delle Ausl è costituita dai trasferimenti in denaro e dal personale (quest'ultima è la voce principale sottesa anche alla voce "strutture").

Un ulteriore dato, relativo alle macrotipologie di intervento o fattori di spesa, ci indica che la spesa sociale è assorbita prevalentemente da interventi e servizi e da strutture (più dell'80% è concentrato sui due fattori di spesa) e in misura assai minore da trasferimenti in denaro. La minore incidenza della voce "trasferimenti in denaro", che corrisponde generalmente a una spesa meno finalizzata, è indice di un investimento molto forte e radicato degli Enti locali su un sistema di servizi differenziato, territoriale, che articola e caratterizza la sua offerta in base alla variabilità dei bisogni, ovviamente entro il limite delle risorse dedicate. La stessa composizione della spesa sociale media pro-capite in Emilia-Romagna (126 € per interventi, servizi e strutture su un totale di circa 156 €) conferma l'impegno dei Comuni nel finalizzare e orientare la spesa rispetto ai bisogni. Questo dato appare tanto più significativo se confrontato con l'analogo dato nazionale sulla spesa sociale 2003 (rilevata con la stessa scheda Istat) da cui emerge una quota per interventi, servizi e strutture, pari a circa il 74% della spesa sociale e un pro-capite complessivo di 91 €. Per quanto

riguarda la spesa a carico delle aziende ASL è prevalente il fattore di spesa "trasferimenti in denaro" (il 56,3%) ma ciò non indica una spesa non finalizzata in quanto si tratta degli oneri a rilievo sanitario nelle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate.



**Allegato 1 – Scheda di analisi dei Piani di zona e dei programmi attuativi**









I n t e g r a z i o n e  P P r r e o v v g i r s a t t m a m a n e 2 l i o t 5 r f i e n n i o e  n e i	comune	progetti integrazione	SI=1 no=0	(a) tavoli, (b) gruppi permanenti, (c) uffici comuni, (d) figure coord.nto (e) accordi (f) altro																
		17 strumenti di integrazione		altro																
	lurismo	18 progetti integrazione	SI=1 no=0																	
				(a) tavoli, (b) gruppi permanenti, (c) uffici comuni, (d) figure coord.nto (e) accordi (f) altro																
		19 strumenti di integrazione		altro																
	ambiente	20 progetti integrazione	SI=1 no=0																	
				(a) tavoli, (b) gruppi permanenti, (c) uffici comuni, (d) figure coord.nto (e) accordi (f) altro																
	sicurezza	21 strumenti di integrazione	SI=1 no=0																	
		22 progetti integrazione		altro																
				(a) tavoli, (b) gruppi permanenti, (c) uffici comuni, (d) figure coord.nto (e) accordi (f) altro																
	urbanistica	23 strumenti di integrazione	SI=1 no=0																	
		24 progetti integrazione		altro																
				(a) tavoli, (b) gruppi permanenti, (c) uffici comuni, (d) figure coord.nto (e) accordi (f) altro																
mobilia	25 strumenti di integrazione	SI=1 no=0																		
	26 progetti integrazione		altro																	
			(a) tavoli, (b) gruppi permanenti, (c) uffici comuni, (d) figure coord.nto (e) accordi (f) altro																	
	27 strumenti di integrazione		altro																	

Programmi attuativi  
Aree



presenza di scelte di sviluppo, innovazione, qualificazione	10	Sono previsti interventi di sviluppo/innovazione/qualificazione in coerenza con i bisogni/lelli quali sono gli interventi di sviluppo/innovazione/qualificazione previsti complessivamente	Per nulla coerente=0 coerente=0,33: Abbastanza coerente=0,66: molto coerente=1	Programma attuativo, Tab. 1															
	11		compilare in NOTE	Programma attuativo, Tab. 1															
	12	integrazione tra le diverse aree	complessivamente si notano richiami e legami fra la programmazione delle diverse aree	si = 1, no = 0	Programma attuativo, Tab. 1														

NOTE:

## TERRITORIALIZAZIONE E SVILUPPO DELLE FUNZIONI ASSOCIATE

### SCHEDA ANALISI PIANI DI ZONA E PROGRAMMI ATTUATIVI

#### PIANO DI ZONA DI

CRITERIO	DIMENSIONE	N	INDICATORE	PUNTEGGIO	FONTE	VALUTATORI
T E R R I T O R I Z A Z I O N E I N I E S V I L U P P O	Funzioni di coordinamento a livello provinciale	1	E' stato istituito un tavolo di coordinamento tecnico provinciale	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	area 9-PROGR
		2	Sono definiti ruolo e funzioni del tavolo tecnico provinciale	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		3	Sono definite le funzioni del Comitato di Distretto	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		4	Sono definiti il ruolo e le funzioni del tavolo tecnico composto da soggetti istituzionali	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		5	E' stato istituito un tavolo del welfare misto, composto da sogg. Istituz e altri soggetti sociali	Si - No	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		6	Sono definiti il ruolo e le funzioni del tavolo del welfare	Si - No	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		7	sono esplicitati ruoli e funzioni del comune capofila	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		8	Sono definiti il ruolo e le funzioni dell'Ufficio di piano	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		9	La composizione è allargata a tutte le componenti istituzionali, analogamente al tavolo tecnico	Si=0 No=1	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		10	E' previsto personale dell'A.USL	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		11	E' prevista una dotazione Specifica di risorse umane	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		12	E' individuato l'Ente di riferimento dell'Ufficio	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		13	E' il comune capofila?	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		14	E' individuata una figura di coordinamento dell'Ufficio	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	

15	E' presente la funzione di supporto alla programmazione	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
16	E' prevista la funzione di gestione risorse e interventi	Si- No	AdP, Doc. nto Piano triennale	
17	L'attività della struttura è legata alla sola attività/durata della programmazione	Si=0 No=1	AdP, Doc. nto Piano triennale	
18	Sono stati istituiti tavoli tematici per aree d'intervento	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
19	Sono state svolte azioni di coordinamento, supporto tecnico e informativo per l'elaborazione dei PdZ	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
20	Sono previste attività di supporto per la valutazione e il monitoraggio dei PdZ	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
21	Sono presenti forme di associazione della funzione di gestione dei servizi	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
22	Se si, prevalentemente di che ambito territoriale	subzonale=0 zonale=1	AdP, Doc. nto Piano triennale	
23	Quante forme di associazione sono presenti		AdP, Doc. nto Piano triennale	
24	Quali forme di associazione sono presenti	(a) consorzio, (b) associaz. intercomunale, (c) Unione, (d) Comunità montana (e) accordi di programma (f) convenzione, (g) altro	AdP, Doc. nto Piano triennale	
25	Per quante aree di intervento	per una area= 0.33; per la maggior parte delle aree= 0.66; per tutte le aree=1	AdP, Doc. nto Piano triennale	
26	E' prevista l'istituzione di Uffici com uni	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
27	Alcuni servizi/interventi sono delegati alla A.USL	Si - No	AdP, Doc. nto Piano triennale	
28	E' stata avviata la sperimentazione dello sportello sociale?	Si=1 No=0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
29	Se si qual è lo stato di attuazione del progetto	non ancora avviato=0 alcuni sportelli già operativi=1	AdP, Doc. nto Piano triennale	
30	è presente la definizione a livello di zona di criteri e priorità all'accesso dei servizi (regolamenti unici per l'accesso)	per nessuna area= 0; solo per alcune aree= 0.33; per la maggior parte delle aree= 0.66; per tutte le aree=1	AdP, Doc. nto Piano triennale	
31	definizione a livello di zona di criteri e priorità all'accesso dei servizi (regolamenti unici per l'accesso)	Si=1 No=0		

T  
E  
R  
R  
I  
T  
O  
R  
I  
A  
L  
I  
Z  
Z  
A  
Z  
I  
O  
N  
E  
S  
S  
O  
C  
I  
V  
A  
I  
T  
L  
E  
U  
P  
P  
O  
D  
E  
L  
L  
E  
F  
U  
N  
Z  
I  
O  
N  
I

politiche tariffarie	sono state realizzate azioni di omogeneizzazione delle politiche tariffarie	Si=1 No=0		
32	esiste un regolamento generale ISEE	Si=1 No=0		
33	Se si, prevalentemente di che ambito territoriale	subzonale=0 zonale=1		
34	Per quante aree di intervento è prevista la sua applicazione	per una area= 0,33 ; per la maggior parte delle aree= 0.66 ; per tutte le aree=1		
35	Si prevede di realizzare nel triennio azioni di omogeneizzazione delle politiche tariffarie	Si=1 No=0		
36	37 quali	indicatori di risultato		

## PROCESSI DI PARTECIPAZIONE

### SCHEDA ANALISI PIANI DI ZONA E PROGRAMMI ATTUATIVI

#### PIANO DI ZONA DI

CRITERIO	DIMENSIONE	N	INDICATORE	PUNTEGGIO	FONTE	VALUTATORI
P R O C E S S I  D I  P A R T E C I P A Z I O N E	partecipazione del terzo settore	1	Ha partecipato a momenti di confronto politico	si - no	AdP, Doc. nto Piano triennale	area 9-PROGR
		2	Ha partecipato ai tavoli tecnici	si - no		
		3	Ha partecipato ai tavoli tematici	si = 1 no = 0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		4	Sono stati firmati protocolli di adesione	si = 1 no = 0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
	partecipazione delle OO.SS.	5	C'è stata concertazione con le OO.SS.	si = 1 no = 0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		6	sono stati siglati verbali di concertazione, intese specifiche	si = 1 no = 0	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		7	Hanno partecipato ai tavoli tecnici	si - no	AdP, Doc. nto Piano triennale	
	partecipazione dei cittadini	8	Hanno partecipato ad alcuni tavoli tematici	si - no	AdP, Doc. nto Piano triennale	
		9	sono stati coinvolti anche cittadini non appartenenti ad associazioni	si - no	AdP, Doc. nto Piano triennale	





**Allegato 2 - RIEPILOGO DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA, DEI  
PROTOCOLLI DI ADESIONE CON IL TERZO SETTORE, DELLE  
FORME DI CONCERTAZIONE CON I SINDACATI**



Provincia	Zona/ Distretto	Comune promotore Piano	Altri soggetti firmatari, comprese Amm.ni Statali (oltre ai singoli Comuni, Province e AUSL)	Adesione Terzo Settore e altri soggetti (nota n. 1)	Concertazione con i Sindacati tramite Protocollo d'intesa / verbali / accordi
<b>PIACENZA</b>	Val Tidone Castel S.Giovanni	CASTEL SAN GIOVANNI	no	no	CGIL, CISL, UIL anche FP e pensionati Prot. intesa: monitoraggio permanente PdZ, elaborazione carta dei servizi e sportello sociale distrettuale, definizione risorse per rete servizi e piano finanziario, costituzione ASP
	Piacenza	PIACENZA	no	17 associazioni, 1 Casa di riposo, 12 Coop. Sociali, 1 Consorzio Coop.vo, 3 fondazioni, 1 parrocchia	CGIL, CISL, UIL anche FP e pensionati Prot. intesa: monitoraggio permanente PdZ, elaborazione carta dei servizi e sportello sociale distrettuale, definizione risorse per rete servizi e piano finanziario, costituzione ASP
	Val d'Arda Fiorenzuola d'Arda	FIORENZUOLA D'ARDA	no	no	CGIL, CISL, UIL anche FP e pensionati Prot. intesa: monitoraggio permanente PdZ, elaborazione carta dei servizi e sportello sociale distrettuale, definizione risorse per rete servizi e piano finanziario, costituzione ASP
	Alta Val Trebbeia Alta Val Nure	BOBBIO	Comunità Montana Appennino Piacentino, Comunità Montana Valli del Nure e dell'Arda	no	CGIL, CISL, UIL anche FP e pensionati Prot. intesa: monitoraggio permanente PdZ, elaborazione carta dei servizi e sportello sociale distrettuale, definizione risorse per rete servizi e piano finanziario, costituzione ASP

Provincia	Zona/ Distretto	Comune promotore Piano	Altri soggetti firmatari, comprese Amm.ni Statali (oltre ai singoli Comuni, Province e AUSL)	Adesione Terzo Settore e altri soggetti (nota n. 1)	Concertazione con i Sindacati tramite Protocollo d'intesa / verbali / accordi
<b>PARMA</b>	Parma	PARMA	no	IRAIA Parma, Centro Servizi Assistenza S. Mauro Abate di Colorno, Caritas Diocesana, Lega provinciale delle cooperative, Confcooperative, Ass. Gen. Coop. Italiane, Consorzio Solidarietà Sociale	CGIL, CISL, UIL, verbale concertazione. Condivisione PdZ con verifiche periodiche e implementazione progettualità
	Fidenza	FIDENZA	Unione Civica Terre del Po	ACLI provinciali di Parma, Caritas diocesana di Fidenza, Legacoop Parma, Confcooperative Parma	no
	Valtaro Valceno	COMUNITA' MONTANA VALLI TARO E CENO	Comunità Montana Valli Taro e Ceno	Legacoop, Confcooperative, Consorzio Solidarietà Sociale, Ist. comprensivo di Bedonia, Ist. cont. di Borgotaro, IPSIA Bedonia	CGIL, CISL, UIL e Sindacati pensionati (condivisione progetti UdP, verifica periodica stato attuazione progetti e rilevazione bisogni, modalità di concertazione preventiva)
	Sud Est	LANGHIRANO	Comunità Montana Appennino Parma Est	Legacoop, Confcooperative, Consorzio Solidarietà sociale	CGIL, CISL, UIL e Sindacati pensionati 4 incontri annuali di concertazione inerenti: finalità, condivisione, verifica, avvio PdZ

Provincia	Zona/ Distretto	Comune promotore Piano	Altri soggetti firmatari, comprese Amm.ni Statali (oltre ai singoli Comuni, Province e AUSL)	Adesione Terzo Settore e altri soggetti (nota n. 1)	Concertazione con i Sindacati tramite Protocollo d'intesa / verbali / accordi
<b>REGGIO EMILIA</b>	Montecchio	BIBBIANO	IPAB Carlo Sartori, Consorzio Bassa Val d'Enza	no	no
	Reggio Emilia	REGGIO NELL'EMILIA	Az. Osp. Arcispedale S. Maria Nuova	no	no
	Guastalla	GUASTALLA	no	no	no
	Correggio	CONSORZIO SERVIZI SOCIALI CORREGGIO	Consorzio Servizi Sociali di Correggio	no	no
	Scandiano	SCANDIANO	no	no	no
	Castelnuovo Monti	CASTELNOVO NE' MONTI	Unione dell'Alto Appennino Reggiano, Comunità Montana dell'Appennino Reggiano	no	no

Provincia	Zona/ Distretto	Comune promotore Piano	Altri soggetti firmatari, comprese Amm.ni Statali (oltre ai singoli Comuni, Province e AUSL)	Adesione Terzo Settore e altri soggetti (nota n. 1)	Concertazione con i Sindacati tramite Protocollo d'intesa / verbali / accordi
<b>MODENA</b>	Carpi	CARPI	no	no	no
	Mirandola	MIRANDOLA	Unione dei Comuni Modenesi Area Nord, IPAB CISA di Mirandola, IPAB F. Modena	no	CGIL, CISL, UIL, CUPLA collaborazione per predisposizione e gestione PdZ attraverso: 1) commissione di concertazione e programmazione rete servizi composta da Comuni e OO.SS.; 2) mantenimento gruppi di lavoro per progettazione rete servizi
	Modena	MODENA	no	no	no
	Sassuolo	FIORANO MODENESE	IPAB Stradi, IPAB Castigioni, Centro Servizi Volontariato di Modena	no	CGIL, CISL, UIL Prot. intesa inerente: 1) ruoli e competenze Azienda Speciale Consortile e futura APSP; 2) sportello sociale; 3) agenzia casa
	Pavullo	PAVULLO NEL FRIGNANO	no	no	
	Vignola	UNIONE TERRE DI CASTELLI	Comunità Montana Appennino Modena Est, COISS, IPAB O.P. Casa Protetta Vignola, IPAB Roncati, IPAB Vittorio Emanuele II e Garibaldi	Consulta del Volontariato vignolese, 9 associazioni, Casa di riposo Villa Sorriso	no
	Castelfranco E.	CASTELFRANCO EMILIA	IPAB Delia Repetto	10 associazioni, 2 cooperative, 1 consorzio	no

Provincia	Zona/ Distretto	Comune promotore Piano	Altri soggetti firmatari, comprese Amm.ni Statali (oltre ai singoli Comuni, Province e AUSL)	Adesione Terzo Settore e altri soggetti (nota n. 1)	Concertazione con i Sindacati tramite Protocollo d'intesa / verbali / accordi
<b>BOLOGNA</b>	Casalecchio di Reno	SASSO MARCONI	no	I.C. Borgonuovo, FMP, FIPAC Confesercenti, ANFFAS, CUPLA, Centro Accoglienza LA RUPE, Tuttinsieme, Coop. Attività sociali, AGCI, Confcooperative, Fondazione CARISBO, Ass. PASSO PASSO, Casa di riposo Villa dei Ciliegi, Legacoop	CGIL, CISL e UIL - Adesione all'ADP con stesso protocollo sottoscritto dai soggetti Terzo Settore (definizione obiettivi/azioni 2006 tramite progetti attuativi; non concordano su utilizzo ISEE, parziale condivisione in tema di Fondo non- autosufficienza)
	Porretta Terme	VERGATO	no	Polo Caduti Direttissima, Centro Accoglienza LA RUPE, I.C. Castel di Casio - Granaglione, 1 x 1 insieme, Istituzioni sociali di Vergato, Centri sociali, Forum metropolitano, AIAS, Ass. PASSO PASSO, Ass. immigrati Appennino bolognese, ANFFAS, Fondazione S. Clelia Barbieri, I.C. Castiglione Camugnano, Fondazione CARISBO, Legacoop, Confcooperative, AGCI	CGIL, CISL, UIL e Sindacati Pensionati. Documento concertazione sul sistema dei servizi, non autosufficienza, disabili, famiglie, povertà, immigrazione, dipendenze, esclusione sociale, casa, ISEE, accreditamento, lavoro
	S. Lazzaro di Savena	SAN LAZZARO DI SAVENA	IPAB Rodriguez	Legacoop, Confcooperative, AGCI, CUPLA, Centro sociale anziani S. Lazzaro, Centro accoglienza LA RUPE, Forum del volontariato, Fondazione CARISBO, Coop. Servizi Sociali L'ANCORA	no
	Imola	CONSORZIO SERVIZI SOCIALI IMOLA	Nuovo Circondario Imolese, Comunità Montana Valle del Santerno, Istituz. per la gestione dei Serv. Soc. del Comune di Castel S. Pietro	Fondazione Cassa Risp. Imola, Org. Sociali e Ass.ni volont. Imola, Consulta volont. Castel S.P.T., Montecatone Rehabilitation Institute, Rappr. Enti Form.ne, Legacoop, Confcoop.ve	CGIL, CISL, UIL e UGL (con due diversi verbali di concertazione) condivisione progettualità e metodologia seguita nell'elaborazione PdZ. Proseguono gli incontri dei 6 tavoli tematici

Pianura Est	SAN PIETRO IN CASALE	IPAB Casa Damiani Casa di Riposo F. Ramponi	Legacoop, AUSER, CEFAL, ANFFAS, ANT, FIPAC, Confcooperative, AGCI, Forum III settore, FUTURA SPA, ARER IPAB, Fondazione CARISBO, Scuole ambito territoriale 4	CGIL, CISL, UIL e Sindacati pensionati (adesione all'ADP con stesso Protocollo sottoscritto dai soggetti Terzo Settore) Nessuna nota o verbale allegato
Pianura Ovest	SAN GIOVANNI IN PERS.	IPAB Centro Assistenza Anziani S. Giovanni, IPAB Casa Protetta S.Maria delle Laudi, IPAB Casa Protetta S. Pertini	Forum Metropolitanano, AGCI, Confcooperative, Forum III settore, ANFFAS, Direz. Didattica S. Giovanni in Pers., Futura SPA, Confartigianato, Federimprese, Legacoop, Ist. Minguzzi	CGIL, CISL, UIL (adesione con riserva all'ADP con stesso Protocollo sottoscritto dai soggetti Terzo Settore). Non è pervenuta nessuna nota in argomento.
Bologna	BOLOGNA	Centro Giustizia Minorile, Casa Circondariale di Bologna, Istituto Giovanni XXIII, Orfanotrofo S. Leonardo, O.P. Poveri Vergognosi, Fondazione Bertocchi, Istituto Clemente Primodi, Ist. Cassoli Guastavillani, Ist. Educativi, Fondazione Dall'Olio Manservisi	AIAS, Fondaz. Gualandi, ANT Italia, CIMFM, Ass. GLI AMICI DI LUCA, Bologna senza barriere, ARAD, ACISE, Ass. Piazza Grande, Bloom Culture Teatri, Cons. Perm. Superamento Handicap, APRE BO, Andromeda, AUSER, ANFFAS, Ass. FAMIGLIA APERTA, Forum III settore, Fondazione CARISBO, Forum Metropolitanano, Legacoop, Confcooperative, AGCI BO	CGIL, CISL, UIL e Sindacati pensionati - adesione all'ADP con stesso Protocollo sottoscritto dai soggetti Terzo Settore (verbale concertazione in merito a: settore anziani, area handicap, area minori, lotta all'esclusione sociale)

Provincia	Zona/ Distretto	Comune promotore Piano	Altri soggetti firmatari, comprese Amm.ni Statali (oltre ai singoli Comuni, Province e AUSL)	Adesione Terzo Settore e altri soggetti (nota n. 1)	Concertazione con i Sindacati tramite Protocollo d'intesa / verbali / accordi
FERRARA	Cento - OVEST	CENTO	no	IPAB Collegio Berti di Cento, IPAB O.P. S. Maria di Corporeo, Coop Serena, Forum III settore	no
	Ferrara - CENTRO-NORD	FERRARA	Az. Osp. Ferrara, IPAB Centro Servizi alla Persona	Forum III settore	no
	Portomaggiore - SUD-EST	PORTOMAGGIORE	no	Forum III settore	no



Provincia	Zona/ Distretto	Comune promotore Piano	Altri soggetti firmatari, comprese Amm.ni Statali (oltre ai singoli Comuni, Province e AUSL)	Adesione Terzo Settore e altri soggetti (nota n. 1)	Concertazione con i Sindacati tramite Protocollo d'intesa / verbali / accordi
<b>RAVENNA</b>	Ravenna	RAVENNA	no	Legacoop, Confcooperative	CGIL, CISL, UIL Verifica annuale sui piani attuativi in relazione ai bilanci preventivi; coordinamento servizi in ambito distrettuale. Si ribadisce il ruolo "preparatorio" dei tavoli di lavoro i cui materiali sono oggetto della concertazione
	Lugo	LUGO	no	Legacoop, Confcooperative, singole coop.ve sociali e singole associazioni di promozione sociale e volontariato, singole fondazioni, strutture per anziani pubbliche e private, singoli istituti comprensivi, patronati, Caritas, centro per l'impiego	documento CGIL-CISL-UIL della Bassa Romagna. Ribadito ruolo primario della politica/istituzioni nella governance pubblica dell'analisi, progettazione, realizzazione delle risposte ai bisogni dei cittadini. Rete servizi socio-sanitari-assistenziali va consolidata e implementata rimodulando le risposte ai nuovi bisogni. Indicazioni su: carta dei servizi, domiciliarità e servizi a rete - assistenza Anziani, politiche della casa, trasporti, sicurezza/prevenzione dei rischi, politiche per le nuove povertà, politiche per i giovani, tariffe e applicazione ISEE, valorizzazione del lavoro sociale. Proseguimento lavoro concertativo in merito a diversi temi quali: politiche giovanili, domiciliarità, istituzione ASP, tempi di vita/tempi delle città (con riferimento soprattutto al genere femminile).
	Faenza	FAENZA	no	no	no

Provincia	Zona/ Distretto	Comune promotore Piano	Altri soggetti firmatari, comprese Amm.ni Statali (oltre ai singoli Comuni, Province e AUSL)	Adesione Terzo Settore e altri soggetti (nota n. 1)	Concertazione con i Sindacati tramite Protocollo d'intesa / verbali / accordi
FORLI'- CESENA	Forli	FORLI'	no	Forum III settore, Coordinamento prov. del volontariato, AMNIC, IPAB O.P. Spedale G. Zauli da Montepolo, Casa di riposo Pietro Zangheri	CGIL, CISL, UIL (vedi nota n.2) (tavolo di confronto e concertazione su: analisi dei bisogni, linee strategiche e obiettivi prioritari per il triennio, modalità di verifica dei risultati)
	Cesena - Valle del Savio	CESENA	Comunità Montana dell'Appennino Cesenate	no	CGIL, CISL, UIL e Sindacati pensionati (protocollo d'intesa con riferimento a: accesso ai servizi e relativo regolamento, area anziani, area immigrati, inserimento lavorativo fasce deboli, area responsabilità familiari, area disabilità, area giovani generazioni, contrasto alla povertà, politiche abitative)
	Rubicone - Costa	SAVIGNANO SUL RUBICONE	Comunità Montana dell'Appennino Cesenate	no	CGIL, CISL, UIL e Sindacati pensionati. Verbali concertazione - 1° incontro priorità individuate: 1) criteri di accesso al sistema dei servizi e sportello sociale; 2) tema non autosufficienza; 3) valorizzazione risorse sociali delle Comunità locali; 4) riordino IPAB. 2° incontro - si conviene in merito a: 1) gestione dei servizi; 2) finanziamento welfare; 3) area responsabilità familiari; 4) area immigrazione; 5) area minori; 6) povertà; 7) politiche abitative.

Provincia	Zona/ Distretto	Comune promotore Piano	Altri soggetti firmatari, comprese Amm.ni Statali (oltre ai singoli Comuni, Province e AUSL)	Adesione Terzo Settore e altri soggetti (nota n. 1)	Concertazione con i Sindacati tramite Protocollo d'intesa / verbali / accordi
RIMINI	Area di Rimini	RIMINI	Comunità Montana Valmarecchia, Casa circondariale di Rimini, OO.PP. Istituto Valloni	no	no
	Area di Riccione	RICCIONE	Unione Valconca	no	no

**NOTA N. 1:** L'elenco dei soggetti aderenti è tratto dall'originale dell'Accordo di Programma, firmato dai singoli soggetti. Non risultano quindi riportati i soggetti che hanno aderito all'Adp in data successiva alla firma dello stesso.

**NOTA N. 2:** Con i Sindacati è stato siglato un Protocollo d'Intesa in sede di Conferenza sociale e sanitaria territoriale



**Allegato 3 – Linee guida per l’elaborazione dei Piani di zona  
2005-2007 (estratto dalla deliberazione del consiglio regionale  
615/04)**

(.....)

### **2.3 PROCEDURE PER L'ELABORAZIONE ED APPROVAZIONE DEI PIANI DI ZONA 2005-2007 E DEL PROGRAMMA ATTUATIVO 2005**

Le procedure di seguito descritte sono state definite sulla base degli esiti della sperimentazione triennale e sono in forte continuità con le linee-guida della sperimentazione stessa. Tuttavia inseriscono alcune novità per rispondere alle criticità rilevate nel triennio e per dare piena attuazione alla L.R.2/2003.

Le indicazioni che seguono costituiscono quindi un primo strumento per avviare il lavoro, che verrà meglio precisato e significativamente integrato dalle indicazioni contenute nel Piano regionale di prossima emanazione.

In particolar modo il Piano regionale proporrà elementi di forte innovazione sul tema dell'integrazione socio-sanitaria adeguando di conseguenza anche le procedure qui definite.

Specificamente verranno approfonditi i seguenti temi: l'allineamento dei diversi strumenti di programmazione in area sociale e sanitaria, i ruoli dei diversi soggetti istituzionali nel governo dell'integrazione, con particolare riferimento alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, la definizione puntuale delle aree di integrazione e la proposta di modelli organizzativi specifici per la gestione dell'integrazione e delle relative risorse (uffici unici).

E' evidente che dalla complessità di questi temi e dalla loro definizione deriverà l'esigenza di adeguare il percorso avviato dalle zone per la stesura dei piani triennali.

#### **2.3.1 I ruoli e il concorso dei diversi soggetti istituzionali e non istituzionali ai Piani e la partecipazione all'Accordo di Programma**

Il Piano di zona si conferma come lo strumento strategico per governare le politiche sociali a livello territoriale e anche, in attuazione della L.R.2/03, per la costruzione di un nuovo sistema di relazioni tra i diversi soggetti in campo.

#### *Soggetti istituzionali*

Il quadro delle responsabilità a livello istituzionale indica nel nuovo ruolo del Comune il fondamento dell'intero processo di riforma avviato. I Comuni hanno infatti il compito di progettare, programmare e realizzare il sistema locale dei servizi sociali a rete, assicurando e promuovendo il concorso dei soggetti del Terzo Settore, degli altri soggetti sociali e delle Aziende pubbliche di servizi alla persona.

Sono quindi i primi responsabili del processo di costruzione e del governo del sistema locale dei servizi e degli interventi.

Alcune delle funzioni di competenza del Comune (art.15 L.R.2/2003) dovranno, per assicurare omogeneità ed efficienza, essere gestite dai Comuni in forma associata, in un ambito

territoriale normalmente più vasto di quello del singolo comune, definito dalla legge regionale "zona sociale", coincidente, di norma, con l'ambito territoriale del distretto sanitario. La gestione di funzioni in ambito di "zona sociale" rappresenta un obiettivo strategico, anche in funzione di una integrazione di politiche e di una ricomposizione di attività ad un livello territoriale adeguato. Saranno i Comuni a definire, nell'ambito dei criteri e dei vincoli posti dalla legislazione regionale, le tappe di questo necessario processo di associazione delle funzioni, già avviato con i Piani di zona sperimentali e prefigurato, nella maggior parte delle zone, con la sperimentazione dello sportello sociale.

In particolare, nella costruzione del piano di Zona i Comuni della zona, attraverso il Comitato di distretto, individuano il Comune capofila, stabiliscono, tramite lo specifico accordo, di cui all'art. 29, c. 6, della L.R. 2/03, le modalità di concorso dei soggetti del Terzo Settore, sottoscrivono l'Accordo di Programma, valutano gli esiti del Piano in itinere e ex-post, coinvolgendo i diversi attori.

L'Ufficio di Piano è lo strumento tecnico di supporto allo svolgimento dell'insieme di queste funzioni, nonché alla successiva gestione e valutazione del piano. Può essere inserito nella struttura organizzativa del Comune capofila e risponde al Comitato di distretto.

Nel processo più complessivo di costruzione del sistema, la Provincia assume un importante ruolo di snodo fra Regione e realtà locali, già svolto nella costruzione dei primi piani di zona sperimentali. E' confermato il ruolo di coordinamento della Provincia nella programmazione locale, evidenziato anche dalla sottoscrizione dell'Accordo di Programma, che si realizza nel:

- contributo all'avvio del processo tramite Conferenze provinciali che promuovano la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti ed in particolare: le organizzazioni sindacali, i soggetti del Terzo settore e gli altri soggetti sociali, le IPAB e successivamente le Aziende pubbliche di servizi alla persona;
- raccordo tra i vari Uffici di piano e tavoli tecnici di ambito zonale;
- supporto nella rilevazione dell'offerta e dei bisogni,
- promozione di momenti formativi e di impulso sul territorio rivolti a tutti gli attori del processo,
- valutazione dei processi di costruzione e gestione dei piani.

Le Province, inoltre, elaborano direttamente i programmi specifici di ambito provinciale di cui al presente atto, raccordandoli con i piani di zona e, più in generale, promuovono l'integrazione fra le diverse politiche (formazione, lavoro, trasporti, ambiente, etc..).

Per quanto riguarda l'Azienda USL, la sua presenza come partner nella costruzione, gestione e valutazione del Piano di zona è cruciale per i contenuti sociosanitari e sociali del Piano di Zona, al fine di una effettiva integrazione sociosanitaria, da sviluppare all'interno del sistema dei servizi e a livello degli

strumenti di gestione e di governo. I Direttori generali, o i Direttori di Distretto, qualora delegati, sottoscrivono l'Accordo di Programma, in particolare per quanto riguarda gli interventi dell'area sociosanitaria.

Relativamente al ruolo delle Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, così come per tutte le questioni dell'integrazione socio sanitaria, maggiori indicazioni, rispetto all'attuazione della L.R. 2/03, saranno espresse all'interno del prossimo Piano regionale.

Altri soggetti istituzionali quali singole istituzioni scolastiche, Centri per la giustizia minorile, Istituti penitenziari, ecc.. possono essere coinvolti nell'elaborazione del Piano a seconda delle specificità degli obiettivi e degli interventi e servizi previsti, e sottoscrivere l'Accordo di Programma in relazione a particolari impegni e responsabilità.

Infine le IPAB e le Aziende Pubbliche di Servizi alla persona (ASP), di cui all'art. 25 della L.R. 2/03 concorrono alla definizione del Piano di zona e partecipano all'accordo di programma attraverso protocolli di adesione, così come i soggetti del terzo settore ed altri eventuali soggetti istituzionali.

### Soggetti non istituzionali

La costruzione del Piano avviene attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti, pubblici e privati del terzo settore, che costituiscono la rete locale e rappresenta pertanto un importante momento di assunzione di responsabilità rispetto al sistema locale integrato di interventi e servizi sociali. La legge regionale ha infatti tra i suoi principi ispiratori, sottesi alle diverse norme specifiche, la costruzione di un nuovo sistema di relazioni tra i soggetti in campo nell'area sociale; in particolare, rispetto all'intero processo di costruzione del sistema, la legge stabilisce il principio della cooperazione tra i diversi soggetti istituzionali, i soggetti della cooperazione sociale, dell'associazionismo di promozione sociale e del volontariato e delle aziende pubbliche, nonché il principio, a norma dell'art.2 comma 4 lett. c della L.R.2/03, della concertazione con le organizzazioni sindacali.

Per quanto riguarda la partecipazione dei soggetti del Terzo Settore e degli altri soggetti senza scopo di lucro (di cui all'art. 20 della L.R.2/03), questa deve essere relativa a tutte le fasi della pianificazione: le regole e i modi di tale partecipazione devono essere definiti dall'accordo tra i Comuni (art. 29, comma 6, L.R. 2/03) anche tramite strumenti consultivi.

Per rendere efficace la partecipazione è opportuno che sia le regole stabilite dai Comuni che i processi interni ai soggetti del Terzo Settore, concorrano a individuare forme di rappresentanza adeguate ed efficaci, sia sul piano quantitativo che qualitativo.

I soggetti del Terzo Settore, con l'adesione all'Accordo di Programma, attraverso specifico protocollo, affermano di condividere gli obiettivi sociali contenuti nel Piano di Zona e si impegnano a perseguirli attraverso la loro azione specifica. Contestualmente il Comitato di Distretto e i soggetti che aderiscono stabiliranno tappe ed impegni reciproci in materia di

partecipazione alla fase di monitoraggio e valutazione del Piano di zona.

Alla definizione dei Piani di zona concorrono le Organizzazioni sindacali, attraverso il confronto e la concertazione sugli obiettivi e sulle linee strategiche da assumere. Tale confronto si realizza lungo tutto l'arco della elaborazione del piano e si estende poi alla valutazione degli esiti dell'attuazione del piano.

Infine i cittadini, le associazioni di rappresentanza e di tutela degli utenti devono essere coinvolti in specifici momenti di comunicazione e informazione sui contenuti e sull'attuazione delle azioni previste nel Piano di zona.

### 2.3.2 Le fasi del processo

Le fasi di elaborazione del Piano, per la sua costruzione, per la gestione, per la definizione dei Programmi attuativi e per il monitoraggio, vengono individuate come segue.

#### ➤ Fase 1: Avvio del processo e costruzione della rete locale

Questa prima fase prevede l'attivazione delle procedure per l'individuazione e il coinvolgimento di tutti gli attori, per la definizione dei ruoli di ciascuno di questi e per l'avvio dei tavoli di coordinamento territoriali.

Nella attuazione di questa prima fase le Province organizzano Conferenze di informazione e consultazione generale rivolte a tutti gli attori in area sociale. In particolare queste Conferenze potranno essere l'occasione per promuovere (a norma dell'art. 18, c. 2, lett. b della L.R. 2/03) e facilitare l'accordo tra Comuni, rappresentanze del Terzo Settore e Aziende Pubbliche di Servizi, al fine di definire, in modo il più possibile omogeneo tra le zone, modalità e tempi del concorso di questi soggetti al Piano.

Il criterio più generale in base al quale i Comuni orientano la definizione degli accordi sulle modalità di concorso dei soggetti del Terzo Settore e degli altri soggetti senza scopo di lucro è che siano espliciti e trasparenti i tempi, le procedure e le sedi del loro coinvolgimento, garantendo il coinvolgimento, anche tramite pubblica convocazione, di tutti i possibili interessati.

L'avvio del Piano a livello territoriale, a norma della L.R. 2/03, art. 29, c. 3, è promosso su iniziativa del Sindaco del "Comune capofila", a ciò designato dai Comuni compresi nel territorio del distretto. Il mandato attribuito al Comune capofila comprende anche l'attivazione dei rapporti con i soggetti del Terzo settore e con le ASP, secondo l'accordo realizzato a livello zonale.

Concretamente il Comune capofila sulla base delle decisioni del Comitato di Distretto si occupa di:

#### 1) Attivare a livello zonale:

- il Coordinamento di ambito distrettuale, coincidente con il Comitato di Distretto che presiede alle diverse fasi della predisposizione e della gestione del Piano di Zona e dell'Accordo di Programma, assumendo gli indirizzi strategici



della programmazione e le scelte di priorità;

- il Tavolo tecnico per il Piano di zona, composto da referenti di ciascun comune e dell'Ausl, con compiti di istruttoria tecnica e di supporto decisionale; tale tavolo può articolarsi in tavoli tematici e utilizzare strumenti diversi, per assicurare il coinvolgimento sul piano tecnico di tutti gli interlocutori territoriali in area sociale;
- l'Ufficio di Piano, con un ruolo di attività istruttoria e supporto tecnico al processo di programmazione. Più in specifico si richiede che l'Ufficio di Piano svolga le funzioni definite nel presente atto all'interno del relativo Programma provinciale.

## 2) Avviare formalmente il procedimento e coinvolgere i soggetti interessati a partecipare

Anche ai fini dell'attuazione dell'accordo zonale di cui sopra sulle modalità di concorso del Terzo Settore e delle ASP, alcune azioni preliminari possono essere utili per stimolare e governare l'apporto e il coinvolgimento dei diversi soggetti:

- ricostruire il quadro complessivo dei soggetti, pubblici e privati del terzo settore, che nell'ambito della zona esercitano attività di carattere sociale o socio-sanitario oppure svolgono un ruolo istituzionale in settori collegati quali ad esempio Scuola, Giustizia, Carceri, Formazione e Lavoro, Mobilità, Ambiente, Casa, ecc.; vanno coinvolti i diversi organismi già attivi di coordinamento, sia interistituzionale che tra soggetti pubblici e privati del terzo settore (ad es. il Coordinamento tecnico territoriale, rispetto al tema delle dipendenze, o il Comitato locale per l'Area esecuzione penale adulti, rispetto al tema dei detenuti, ecc.);
- prevedere idonee procedure di coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore, quali ad esempio la convocazione pubblica già richiamata, e successivamente di pubblicizzazione dell'avvio del procedimento di costruzione del Piano. All'interno degli accordi zonali vanno individuate forme di rappresentanza, adeguate sia sul piano quantitativo che qualitativo, utili a rendere produttiva la partecipazione.

L'avvio del procedimento di elaborazione del piano può essere costituito da una Conferenza zonale di Piano, rivolta a tutti i soggetti pubblici e del terzo settore e alle OO.SS., finalizzata a presentare prime indicazioni e a raccogliere valutazioni in merito agli obiettivi generali, alle scelte strategiche e alle fasi operative e tecniche successive. Lo strumento della Conferenza zonale può essere utilizzato anche annualmente nella fase di elaborazione del Programma attuativo.

### ➤ Fase 2 - Analisi dei bisogni e dell'offerta

L'analisi dei bisogni è senz'altro essenziale per la successiva definizione degli obiettivi di Piano e svolge una doppia funzione:

- a. offre un quadro conoscitivo delle specificità della popolazione residente nel territorio, delle sue problematiche e dell'articolazione del sistema di offerta

- b. avvia un percorso di valutazione della capacità del sistema di offerta di rispondere ai bisogni della popolazione residente

Il Piano di Zona deve porre al centro delle attività programmatiche il territorio con il complesso dei suoi fattori di rischio e delle sue fragilità, ma anche con i suoi punti di forza e le sue potenzialità che devono quindi essere messe in luce. La pianificazione sociale deve integrarsi, sia al suo interno tra i diversi settori, sia con gli altri strumenti di programmazione territoriale, per poter dare risposte coerenti e adeguate alla popolazione di riferimento. Un elemento importante è costituito dall'assumere un approccio integrato fin da questa fase di lettura dei bisogni e di analisi delle risposte esistenti. E' importante inoltre che la base del processo di pianificazione sia una prospettiva il più ampia possibile, che guardi alle diverse dimensioni della vita delle persone di quel territorio.

Nel corso della sperimentazione una delle modalità più seguite per l'analisi e la valutazione dei dati è stata l'attivazione di "gruppi di lavoro tematici" nei quali l'esame dei punti di forza e delle criticità è stato fatto anche con l'apporto di testimoni privilegiati del territorio. Questa operazione è di particolare rilievo perché può offrire i maggiori apporti conoscitivi sia in merito ai bisogni specifici della popolazione, sia relativamente alle specifiche carenze e criticità del sistema di offerta, dando un senso e un'interpretazione alle informazioni disponibili attraverso il confronto con chi, quotidianamente, si occupa delle specifiche problematiche.

➤ Fase 3 - Le scelte strategiche e di priorità

In questa fase si definiscono gli indirizzi generali, validi per il triennio, relativi sia al sistema di governo e di gestione, sia alle diverse aree di intervento e ai relativi servizi. Su tali indirizzi verranno poi declinate le linee operative annuali, coerentemente alle indicazioni contenute nel presente programma e nel successivo Piano regionale sociale e sanitario.

E' opportuno richiamare ancora la finalità della realizzazione del sistema integrato a livello di zona: l'attuale frammentazione territoriale va gradualmente superata per assumere una visione integrata, che abbracci il territorio e il sistema dei servizi nel loro insieme e non sia una pura sommatoria di scelte dei singoli Comuni.

Il processo decisionale riguarda lo sviluppo di servizi e interventi ma anche tutti quegli aspetti di sistema che sostengono le scelte più di prospettiva e di lungo termine: l'integrazione con altre politiche, ed in particolare con la sanità, le forme di gestione, gli strumenti per l'accesso (sportello sociale), il consolidamento e la gestione dell'Ufficio di Piano, la formazione, la valutazione del Piano, la gestione delle risorse complessivamente disponibili alla zona, le politiche tariffarie e l'applicazione dell'ISEE.

Il Piano di Zona è l'occasione per effettuare scelte di cambiamento e sviluppo e, sulla base delle analisi dei bisogni, dell'offerta e delle esigenze complessive del sistema, formulare valutazioni, ipotesi di riorganizzazione, miglioramento, sviluppo

e, laddove l'emergere di nuovi bisogni lo richieda, anche sperimentazioni.

In questa fase è opportuno, dapprima, produrre una istruttoria che consenta di tradurre, verificare e ridiscutere le indicazioni generali sugli obiettivi e le ipotesi di strategia delineate in sede politica, per trasformarle successivamente in scelte operative che costituiranno il programma attuativo del Piano.

Questo significa definire per ciascun servizio e intervento se si intende puntare verso il contenimento, o verso il consolidamento, oppure verso lo sviluppo ed il miglioramento, o ancora verso l'innovazione e sperimentazione. Il quadro che ne deriverà consentirà di rappresentare lo scenario operativo del sistema di welfare locale, collocando ciascun intervento all'interno di un preciso disegno di politica sociale.

#### ➤ Fase 4 - Definizione del Programma attuativo annuale

La fase di progettazione operativa andrà ripetuta annualmente realizzando per ciascun anno di vigenza del piano il Programma Attuativo relativo; tale programma determina le azioni concrete del piano per l'anno successivo e le relative attribuzioni di risorse che andranno coerentemente previste nei bilanci dei singoli comuni.

Le schede da utilizzarsi quali strumenti di rilevazione dell'offerta e della spesa verranno definite ed aggiornate a livello regionale, in collaborazione con le Province, nell'ambito del tavolo tecnico regionale con esse istituito. Tali schede saranno comunque costruite in continuità con l'esperienza condotta nella fase di sperimentazione dei Piani di zona (2002-2004) e con riferimento alle stesse aree di bisogno.

In particolare, per quel che riguarda il tema della spesa, nel corso del 2004 ha avuto avvio l'indagine censuaria dell'ISTAT sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati finalizzata, in primo luogo, al monitoraggio della spesa sociale e alla creazione di un sistema informativo nazionale per le politiche sociali. Tale rilevazione fa parte del Programma statistico nazionale e pertanto verrà ripetuta annualmente; essa diventa lo strumento unico a cui far riferimento per la rilevazione e l'analisi dei dati relativi ai bilanci consuntivi.

Per l'elaborazione del programma attuativo annuale permane comunque l'esigenza di coniugare gli obiettivi in esso definiti con le risorse finanziarie che ciascun soggetto si impegna a mettere a disposizione. Lo strumento utilizzato nel triennio di sperimentazione è stata una tabella che ricostruiva, su base annua, il "Bilancio del Piano di Zona". A partire dal 2005, tale strumento, ulteriormente semplificato, dovrà essere reso coerente con la scheda di rilevazione ISTAT, al fine di rendere omogenei e confrontabili i dati rilevati.

Il programma attuativo andrà redatto anche tenendo conto dei risultati emersi dal monitoraggio e dalla valutazione di cui alle fasi 6 e 7, attività alle quali parteciperanno tutti i soggetti coinvolti nell'elaborazione del Piano. Questi risultati costituiranno la base per la fase programmatica annuale che dovrà avere necessariamente tempi e sedi più "ristretti" rispetto a quelli previsti per la costruzione del Piano triennale: è

opportuno che il Comitato di Distretto convochi la Conferenza zonale di Piano preventivamente all'approvazione dei bilanci in modo da poter raccogliere valutazioni e segnalazioni di eventuali criticità rispetto all'andamento dell'attuazione del Piano.

➤ Fase 5 - Stesura del piano

In questa fase del percorso si possiedono tutti gli elementi per la stesura del Piano di Zona e del suo Programma attuativo.

A titolo orientativo l'indice del Piano di zona può essere così articolato:

Capitolo 1 - Il contesto socio economico del territorio: analisi della domanda sociale e dell'offerta

Capitolo 2 - Gli obiettivi strategici e le priorità del Piano

- Definizione delle priorità e degli indirizzi per le aree di intervento del sistema integrato
- Integrazione con le altre politiche
- Modalità di gestione dei servizi
- Azioni di sistema per l'attuazione del piano: accesso ai servizi e sportello sociale, Ufficio di Piano, eventuali altri uffici comuni, formazione, ecc
- Le politiche tariffarie e l'applicazione dell'ISEE
- La valutazione del Piano

Capitolo 3 - Il programma attuativo, annualità ....

- Responsabilità familiari, capacità genitoriali e diritti dei bambini e degli adolescenti
- Politiche a favore dei giovani
- Immigrazione, asilo, lotta alla tratta
- Contrasto alla povertà
- Prevenzione e contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio sociale
- Politiche a favore di anziani e disabili
- Il programma di formazione e aggiornamento
- Modalità di gestione del programma attuativo
- Le risorse finanziarie

Mentre i capitoli 1 e 2 hanno valenza triennale, il capitolo 3 necessita di un aggiornamento annuale.

➤ Fase 6 - Monitoraggio e valutazione in itinere

Per ogni anno di vigenza del piano, in prossimità della realizzazione del programma attuativo dell'anno successivo, è necessario procedere ad un monitoraggio e ad una valutazione in itinere del piano, realizzata secondo i criteri e le modalità metodologiche che saranno dettagliate nel Piano regionale. Tali operazioni consentiranno di trarre le indispensabili informazioni e valutazioni per redigere il programma attuativo sulla scorta di quanto realizzato dai territori, in attuazione dei Piani zonali.

➤ Fase 7 - Valutazione ex post del Piano di zona

Analogamente, a conclusione del triennio, sarà opportuno che in ciascuna zona si proceda ad una valutazione ex post del Piano di zona, funzionale a fornire suggerimenti per le strategie programmatiche della successiva edizione del Piano.

(.....)

## Allegato 4 – Appendici statistiche sulla spesa

### APPENDICE 1- Spesa pubblica, sociale e socio-sanitaria, per area di intervento e zona del campione

Tavola 1. SPESA PUBBLICA PER AREA DI INTERVENTO E ZONA

ZONE SOCIALI	FAMIGLIA E MINORI	GIOVANI	DISABILI	ANZIANI	DIPENDENZE	DISAGIO ADULTI	IMMIGRAZIONE	MULTIUTENZA	TUTTE LE AREE
ALTA VAL TREBBIA	224.159	8.554	140.963	1.808.850	7.553	10.654	8.696	72.357	2.281.787
<i>perc. per riga</i>	9,8	0,4	6,2	79,3	0,3	0,5	0,4	3,2	100,0
VALTARO E VALCENO	1.516.547	41.547	944.587	5.388.178	47.485	159.507	38.695	1.264.459	9.401.005
<i>perc. per riga</i>	16,1	0,4	10,0	57,3	0,5	1,7	0,4	13,5	100,0
SCANDIANO	6.819.210	273.479	4.136.821	7.851.543	294.784	501.278	230.623	383.214	20.490.952
<i>perc. per riga</i>	33,3	1,3	20,2	38,3	1,4	2,4	1,1	1,9	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	4.798.578	215.277	2.868.639	4.577.922	141.371	676.721	193.932	1.592.263	15.064.703
<i>perc. per riga</i>	31,9	1,4	19,0	30,4	0,9	4,5	1,3	10,6	100,0
MODENA	20.660.240	503.454	10.422.632	21.152.857	3.449.499	8.635.192	2.060.310	3.644.225	70.528.409
<i>perc. per riga</i>	29,3	0,7	14,8	30,0	4,9	12,2	2,9	5,2	100,0
BOLOGNA	60.198.000	185.000	20.891.000	49.374.812	1.262.000	6.529.000	4.222.000	3.758.000	146.419.812
<i>perc. per riga</i>	41,1	0,1	14,3	33,7	0,9	4,5	2,9	2,6	100,0
CASALECCHIO DI RENO	10.040.322	798.822	5.554.374	7.243.982	588.821	2.885.882	314.512	2.747.191	30.173.906
<i>perc. per riga</i>	33,3	2,6	18,4	24,0	2,0	9,6	1,0	9,1	100,0
CENTRO NORD	14.818.704	398.657	7.494.149	19.796.155	214.375	1.379.743	325.087	3.669.443	48.096.313
<i>perc. per riga</i>	30,8	0,8	15,6	41,2	0,4	2,9	0,7	7,6	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	5.206.117	125.442	3.581.971	9.544.991	150.540	136.211	250.600	1.252.226	20.248.099
<i>perc. per riga</i>	25,7	0,6	17,7	47,1	0,7	0,7	1,2	6,2	100,0
FORLI'	11.057.884	207.745	6.832.373	20.284.618	616.065	5.472.527	563.803	4.275.729	49.310.744
<i>perc. per riga</i>	22,4	0,4	13,9	41,1	1,2	11,1	1,1	8,7	100,0
LUGO	6.682.192	339.495	2.864.065	11.565.618	154.992	975.610	282.696	865.712	23.730.380
<i>perc. per riga</i>	28,2	1,4	12,1	48,7	0,7	4,1	1,2	3,6	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	10.990.978	247.166	4.501.370	6.432.783	439.229	2.009.827	109.135	1.095.028	25.825.516
<i>perc. per riga</i>	42,6	1,0	17,4	24,9	1,7	7,8	0,4	4,2	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>153.012.931</b>	<b>3.344.638</b>	<b>70.232.944</b>	<b>165.022.310</b>	<b>7.366.714</b>	<b>29.372.152</b>	<b>8.600.089</b>	<b>24.619.847</b>	<b>461.571.625</b>
<i>perc. per riga</i>	33,2	0,7	15,2	35,8	1,6	6,4	1,9	5,3	100,0

**Tavola 2. SPESA SOCIALE (E ALTRI ENTI) PER AREA DI INTERVENTO E ZONA**

ZONE SOCIALI	FAMIGLIA E MINORI	GIOVANI	DISABILI	ANZIANI	DIPENDENZE	DISAGIO ADULTI	IMMIGRAZIONE	MULTIUTENZA	TUTTE LE AREE
ALTA VAL TREBBIA	178.888	8.554	107.689	354.723	7.553	10.654	8.696	72.357	749.114
<i>perc. per riga</i>	23,9	1,1	14,4	47,4	1,0	1,4	1,2	9,7	100,0
VALTARO E VALCENO	1.396.547	41.547	568.608	1.239.874	47.485	159.507	38.695	1.264.459	4.756.722
<i>perc. per riga</i>	29,4	0,9	12,0	26,1	1,0	3,4	0,8	26,6	100,0
SCANDIANO	6.149.465	273.479	2.591.661	4.020.415	95.496	184.544	230.623	155.991	13.701.674
<i>perc. per riga</i>	44,9	2,0	18,9	29,3	0,7	1,3	1,7	1,1	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	4.037.739	215.277	1.948.493	1.442.969	49.371	423.721	193.932	799.263	9.110.765
<i>perc. per riga</i>	44,3	2,4	21,4	15,8	0,5	4,7	2,1	8,8	100,0
MODENA	17.661.240	503.454	6.490.679	11.139.430	225.499	2.547.192	2.060.310	201.225	40.829.029
<i>perc. per riga</i>	43,3	1,2	15,9	27,3	0,6	6,2	5,0	0,5	100,0
BOLOGNA	57.826.000	185.000	9.351.000	19.699.000	751.000	4.947.000	4.222.000	2.479.000	99.460.000
<i>perc. per riga</i>	58,1	0,2	9,4	19,8	0,8	5,0	4,2	2,5	100,0
CASALECCHIO DI RENO	8.178.138	798.822	3.143.172	3.137.710	212.321	317.282	314.512	2.652.041	18.753.998
<i>perc. per riga</i>	43,6	4,3	16,8	16,7	1,1	1,7	1,7	14,1	100,0
CENTRO NORD	14.818.704	398.657	3.430.734	5.219.175	214.375	1.379.743	325.087	3.669.443	29.455.918
<i>perc. per riga</i>	50,3	1,4	11,6	17,7	0,7	4,7	1,1	12,5	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	4.532.567	125.442	1.503.473	1.791.154	79.748	136.211	250.600	1.157.658	9.576.853
<i>perc. per riga</i>	47,3	1,3	15,7	18,7	0,8	1,4	2,6	12,1	100,0
FORLI'	10.419.025	207.745	2.748.401	4.889.526	140.065	860.527	563.803	326.229	20.155.321
<i>perc. per riga</i>	51,7	1,0	13,6	24,3	0,7	4,3	2,8	1,6	100,0
LUGO	6.456.046	339.495	1.910.690	2.041.310	154.992	372.143	282.696	819.745	12.377.117
<i>perc. per riga</i>	52,2	2,7	15,4	16,5	1,3	3,0	2,3	6,6	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	8.926.479	247.166	1.569.760	1.837.195	68.093	582.518	109.135	970.028	14.310.374
<i>perc. per riga</i>	62,4	1,7	11,0	12,8	0,5	4,1	0,8	6,8	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>140.580.838</b>	<b>3.344.638</b>	<b>35.364.360</b>	<b>56.812.481</b>	<b>2.045.998</b>	<b>11.921.042</b>	<b>8.600.089</b>	<b>14.567.439</b>	<b>273.236.885</b>
<i>perc. per riga</i>	<b>51,5</b>	<b>1,2</b>	<b>12,9</b>	<b>20,8</b>	<b>0,7</b>	<b>4,4</b>	<b>3,1</b>	<b>5,3</b>	<b>100,0</b>

Tavola 3. SPESA SOCIO SANITARIA PER AREA DI INTERVENTO E ZONA

ZONE SOCIALI	FAMIGLIA E MINORI	GIOVANI	DISABILI	ANZIANI	DIPENDENZE	DISAGIO ADULTI	IMMIGRAZIONE	MULTIUTENZA	TUTTE LE AREE
ALTA VAL TREBBIA	45.271		33.274	1.454.127	-	-	-	-	1.532.673
<i>perc. per riga</i>	3,0	-	2,2	94,9	-	-	-	-	100,0
VALTARO E VALCENO	120.000		375.979	4.148.304	-	-	-	-	4.644.283
<i>perc. per riga</i>	2,6	-	8,1	89,3	-	-	-	-	100,0
SCANDIANO	669.745		1.545.160	3.831.128	199.288	316.734		227.223	6.789.278
<i>perc. per riga</i>	9,9	-	22,8	56,4	2,9	4,7	-	3,3	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	760.839		920.146	3.134.953	92.000	253.000		793.000	5.953.938
<i>perc. per riga</i>	12,8	-	15,5	52,7	1,5	4,2	-	13,3	100,0
MODENA	2.999.000		3.931.953	10.013.427	3.224.000	6.088.000		3.443.000	29.699.380
<i>perc. per riga</i>	10,1	-	13,2	33,7	10,9	20,5	-	11,6	100,0
BOLOGNA	2.372.000		11.540.000	29.675.812	511.000	1.582.000		1.279.000	46.959.812
<i>perc. per riga</i>	5,1	-	24,6	63,2	1,1	3,4	-	2,7	100,0
CASALECCHIO DI RENO	1.862.184		2.411.202	4.106.272	376.500	2.568.600		95.150	11.419.908
<i>perc. per riga</i>	16,3	-	21,1	36,0	3,3	22,5	-	0,8	100,0
CENTRO NORD	-		4.063.415	14.576.980	-	-		-	18.640.395
<i>perc. per riga</i>	-	-	21,8	78,2	-	-	-	-	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	673.550		2.078.498	7.753.837	70.792	-		94.568	10.671.246
<i>perc. per riga</i>	6,3	-	19,5	72,7	0,7	-	-	0,9	100,0
FORLI'	638.859		4.083.972	15.395.092	476.000	4.612.000		3.949.500	29.155.423
<i>perc. per riga</i>	2,2	-	14,0	52,8	1,6	15,8	-	13,5	100,0
LUGO	226.146		953.375	9.524.308	-	603.467		45.967	11.353.263
<i>perc. per riga</i>	2,0	-	8,4	83,9	-	5,3	-	0,4	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	2.064.499		2.931.610	4.595.588	371.136	1.427.309		125.000	11.515.142
<i>perc. per riga</i>	17,9	-	25,5	39,9	3,2	12,4	-	1,1	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>12.432.093</b>	<b>-</b>	<b>34.868.584</b>	<b>108.209.829</b>	<b>5.320.716</b>	<b>17.451.110</b>	<b>-</b>	<b>10.052.408</b>	<b>188.334.740</b>
<i>perc. per riga</i>	<b>6,6</b>	<b>-</b>	<b>18,5</b>	<b>57,5</b>	<b>2,8</b>	<b>9,3</b>	<b>-</b>	<b>5,3</b>	<b>100,0</b>



## APPENDICE 2 – Spesa sociale e socio-sanitaria per aree di intervento

### SPESA SOCIALE DEI COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI E SPESA SOCIO SANITARIA DELLE AUSL (AREA: FAMIGLIA E MINORI)

ZONE SOCIALI	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega <sup>(1)</sup>		Spesa socio sanitaria <sup>(2)</sup>		Altri Enti (province) <sup>(3)</sup>		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti) <sup>(4)</sup>	
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	178.888	79,8	45.271	20,2	-	-	224.159	100,0
VALTARO E VALCENO	1.396.547	92,1	120.000	7,9	-	-	1.516.547	100,0
SCANDIANO	6.149.465	90,2	669.745	9,8	-	-	6.819.210	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	4.037.739	84,1	760.839	15,9	-	-	4.798.578	100,0
MODENA	17.661.240	85,5	2.999.000	14,5	-	-	20.660.240	100,0
BOLOGNA (*)	57.826.000	96,1	2.372.000	3,9	-	-	60.198.000	100,0
CASALECCHIO DI RENO	8.178.138	81,5	1.862.184	18,5	-	-	10.040.322	100,0
CENTRO NORD	14.818.704	100,0	-	-	-	-	14.818.704	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	4.532.567	87,1	673.550	12,9	-	-	5.206.117	100,0
FORLÌ	10.419.025	94,2	638.859	5,8	-	-	11.057.884	100,0
LUGO	6.456.046	96,6	226.146	3,4	-	-	6.682.192	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	8.829.479	80,3	2.064.499	18,8	97.000	0,9	10.990.978	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>140.483.838</b>	<b>91,8</b>	<b>12.432.093</b>	<b>8,1</b>	<b>97.000</b>	<b>0,1</b>	<b>153.012.931</b>	<b>100,0</b>
<b>TUTTA LA REGIONE (*)</b>	<b>309.004.336</b>	<b>91,7</b>	<b>28.000.371</b>	<b>8,3</b>	<b>127.000</b>	<b>0,0</b>	<b>337.131.707</b>	<b>100,0</b>

### SPESA SOCIALE DEI COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI E SPESA SOCIO SANITARIA DELLE AUSL (AREA: GIOVANI)

ZONE SOCIALI	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega <sup>(1)</sup>		Spesa socio sanitaria <sup>(2)</sup>		Altri Enti (province) <sup>(3)</sup>		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti) <sup>(4)</sup>	
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	8.554	100,0	-	-	-	-	8.554	100,0
VALTARO E VALCENO	41.547	100,0	-	-	-	-	41.547	100,0
SCANDIANO	273.479	100,0	-	-	-	-	273.479	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	215.277	100,0	-	-	-	-	215.277	100,0
MODENA	503.454	100,0	-	-	-	-	503.454	100,0
BOLOGNA	185.000	100,0	-	-	-	-	185.000	100,0
CASALECCHIO DI RENO	798.822	100,0	-	-	-	-	798.822	100,0
CENTRO NORD	398.657	100,0	-	-	-	-	398.657	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	125.442	100,0	-	-	-	-	125.442	100,0
FORLÌ	207.745	100,0	-	-	-	-	207.745	100,0
LUGO	339.495	100,0	-	-	-	-	339.495	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	217.166	87,9	-	-	30.000	12,1	247.166	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>3.314.638</b>	<b>99,1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>30.000</b>	<b>0,9</b>	<b>3.344.638</b>	<b>100,0</b>
<b>TUTTA LA REGIONE</b>	<b>12.566.001</b>	<b>98,9</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>135.000</b>	<b>1,1</b>	<b>12.701.001</b>	<b>100,0</b>

### SPESA SOCIALE DEI COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI E SPESA SOCIO SANITARIA DELLE AUSL (AREA: DISABILI)

ZONE SOCIALI	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega <sup>(1)</sup>		Spesa socio sanitaria <sup>(2)</sup>		Altri Enti (province) <sup>(3)</sup>		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti) <sup>(4)</sup>	
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	107.689	76,4	33.274	23,6	-	-	140.963	100,0
VALTARO E VALCENO	568.608	60,2	375.979	39,8	-	-	944.587	100,0
SCANDIANO	2.591.661	62,6	1.545.160	37,4	-	-	4.136.821	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	1.948.493	67,9	920.146	32,1	-	-	2.868.639	100,0
MODENA	6.490.679	62,3	3.931.953	37,7	-	-	10.422.632	100,0
BOLOGNA (*)	9.351.000	44,8	11.540.000	55,2	-	-	20.891.000	100,0
CASALECCHIO DI RENO	3.143.172	56,6	2.411.202	43,4	-	-	5.554.374	100,0
CENTRO NORD	3.430.734	45,8	4.063.415	54,2	-	-	7.494.149	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	1.503.473	42,0	2.078.498	58,0	-	-	3.581.971	100,0
FORLÌ	2.748.401	40,2	4.083.972	59,8	-	-	6.832.373	100,0
LUGO	1.910.690	66,7	953.375	33,3	-	-	2.864.065	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	1.552.260	34,5	2.931.610	65,1	17.500	0,4	4.501.370	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>35.346.860</b>	<b>50,3</b>	<b>34.868.584</b>	<b>49,6</b>	<b>17.500</b>	<b>0,0</b>	<b>70.232.944</b>	<b>100,0</b>
<b>TUTTA LA REGIONE (*)</b>	<b>94.527.427</b>	<b>51,7</b>	<b>88.203.785</b>	<b>48,3</b>	<b>17.500</b>	<b>0,0</b>	<b>182.748.712</b>	<b>100,0</b>

**SPESA SOCIALE DEI COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI E SPESA SOCIO SANITARIA DELLE AUSL (AREA: ANZIANI)**

ZONE SOCIALI	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega <sup>(1)</sup>		Spesa socio sanitaria <sup>(2)</sup>		Altri Enti (province) <sup>(3)</sup>		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti) <sup>(4)</sup>	
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	354.723	19,6	1.454.127	80,4	-	-	1.808.850	100,0
VALTARO E VALCENO	1.239.874	23,0	4.148.304	77,0	-	-	5.388.178	100,0
SCANDIANO	4.020.415	51,2	3.831.128	48,8	-	-	7.851.543	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	1.442.969	31,5	3.134.953	68,5	-	-	4.577.922	100,0
MODENA	11.139.430	52,7	10.013.427	47,3	-	-	21.152.857	100,0
BOLOGNA (*)	19.699.000	39,9	29.675.812	60,1	-	-	49.374.812	100,0
CASALECCHIO DI RENO	3.137.710	43,3	4.106.272	56,7	-	-	7.243.982	100,0
CENTRO NORD	5.219.175	26,4	14.576.980	73,6	-	-	19.796.155	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	1.791.154	18,8	7.753.837	81,2	-	-	9.544.991	100,0
FORLI'	4.889.526	24,1	15.395.092	75,9	-	-	20.284.618	100,0
LUGO	2.041.310	17,6	9.524.308	82,4	-	-	11.565.618	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	1.800.195	28,0	4.595.588	71,4	37.000	0,6	6.432.783	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>56.775.481</b>	<b>34,4</b>	<b>108.209.829</b>	<b>65,6</b>	<b>37.000</b>	<b>0,0</b>	<b>165.022.310</b>	<b>100,0</b>

<b>TUTTA LA REGIONE (*)</b>	<b>135.975.244</b>	<b>32,6</b>	<b>280.813.859</b>	<b>67,4</b>	<b>37.000</b>	<b>0,0</b>	<b>416.826.103</b>	<b>100,0</b>
-----------------------------	--------------------	-------------	--------------------	-------------	---------------	------------	--------------------	--------------

**SPESA SOCIALE DEI COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI E SPESA SOCIO SANITARIA DELLE AUSL (AREA: DIPENDENZE)**

ZONE SOCIALI	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega <sup>(1)</sup>		Spesa socio sanitaria <sup>(2)</sup>		Altri Enti (province) <sup>(3)</sup>		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti) <sup>(4)</sup>	
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	7.553	100,0	-	-	-	-	7.553	100,0
VALTARO E VALCENO	47.485	100,0	-	-	-	-	47.485	100,0
SCANDIANO	95.496	32,4	199.288	67,6	-	-	294.784	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	49.371	34,9	92.000	65,1	-	-	141.371	100,0
MODENA	225.499	6,5	3.224.000	93,5	-	-	3.449.499	100,0
BOLOGNA (*)	751.000	59,5	511.000	40,5	-	-	1.262.000	100,0
CASALECCHIO DI RENO	212.321	36,1	376.500	63,9	-	-	588.821	100,0
CENTRO NORD	214.375	100,0	-	-	-	-	214.375	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	79.748	53,0	70.792	47,0	-	-	150.540	100,0
FORLI'	140.065	22,7	476.000	77,3	-	-	616.065	100,0
LUGO	154.992	100,0	-	-	-	-	154.992	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	68.093	15,5	371.136	84,5	-	-	439.229	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>2.045.998</b>	<b>27,8</b>	<b>5.320.716</b>	<b>72,2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>7.366.714</b>	<b>100,0</b>

<b>TUTTA LA REGIONE (*)</b>	<b>5.543.621</b>	<b>30,0</b>	<b>12.946.381</b>	<b>70,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>18.490.002</b>	<b>100,0</b>
-----------------------------	------------------	-------------	-------------------	-------------	----------	----------	-------------------	--------------

**SPESA SOCIALE DEI COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI E SPESA SOCIO SANITARIA DELLE AUSL (AREA: DISAGIO ADULTI)**

ZONE SOCIALI	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega <sup>(1)</sup>		Spesa socio sanitaria <sup>(2)</sup>		Altri Enti (province) <sup>(3)</sup>		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti) <sup>(4)</sup>	
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	10.654	100,0	-	-	-	-	10.654	100,0
VALTARO E VALCENO	159.507	100,0	-	-	-	-	159.507	100,0
SCANDIANO	184.544	36,8	316.734	63,2	-	-	501.278	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	423.721	62,6	253.000	37,4	-	-	676.721	100,0
MODENA	2.547.192	29,5	6.088.000	70,5	-	-	8.635.192	100,0
BOLOGNA (*)	4.947.000	75,8	1.582.000	24,2	-	-	6.529.000	100,0
CASALECCHIO DI RENO	317.282	11,0	2.568.600	89,0	-	-	2.885.882	100,0
CENTRO NORD	1.379.743	100,0	-	-	-	-	1.379.743	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	136.211	100,0	-	-	-	-	136.211	100,0
FORLI'	860.527	15,7	4.612.000	84,3	-	-	5.472.527	100,0
LUGO	372.143	38,1	603.467	61,9	-	-	975.610	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	576.268	28,7	1.427.309	71,0	6.250	0,3	2.009.827	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>11.914.792</b>	<b>40,6</b>	<b>17.451.110</b>	<b>59,4</b>	<b>6.250</b>	<b>0,0</b>	<b>29.372.152</b>	<b>100,0</b>

<b>TUTTA LA REGIONE</b>	<b>23.088.278</b>	<b>35,2</b>	<b>42.428.344</b>	<b>64,8</b>	<b>6.250</b>	<b>0,0</b>	<b>65.522.872</b>	<b>100,0</b>
-------------------------	-------------------	-------------	-------------------	-------------	--------------	------------	-------------------	--------------

## SPESA SOCIALE DEI COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI E SPESA SOCIO SANITARIA DELLE AUSL (AREA: IMMIGRAZIONE)

ZONE SOCIALI	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega <sup>(1)</sup>		Spesa socio sanitaria <sup>(2)</sup>		Altri Enti (province) <sup>(3)</sup>		TOTALE SPESA PUBBLICA (Sp. sociale netta + Sp. soc. san + Sp. altri enti) <sup>(4)</sup>	
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	8.696	100,0	-	-	-	-	8.696	100,0
VALTARO E VALCENO	38.695	100,0	-	-	-	-	38.695	100,0
SCANDIANO	230.623	100,0	-	-	-	-	230.623	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	193.932	100,0	-	-	-	-	193.932	100,0
MODENA	2.060.310	100,0	-	-	-	-	2.060.310	100,0
BOLOGNA	4.222.000	100,0	-	-	-	-	4.222.000	100,0
CASALECCHIO DI RENO	314.512	100,0	-	-	-	-	314.512	100,0
CENTRO NORD	325.087	100,0	-	-	-	-	325.087	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	250.600	100,0	-	-	-	-	250.600	100,0
FORLI'	563.803	100,0	-	-	-	-	563.803	100,0
LUGO	282.696	100,0	-	-	-	-	282.696	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	97.135	89,0	-	-	12.000	11,0	109.135	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>8.588.089</b>	<b>99,9</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>12.000</b>	<b>0,1</b>	<b>8.600.089</b>	<b>100,0</b>
<b>TUTTA LA REGIONE</b>	<b>17.925.540</b>	<b>99,2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>145.760</b>	<b>0,8</b>	<b>18.071.300</b>	<b>100,0</b>

## SPESA SOCIALE DEI COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI E SPESA SOCIO SANITARIA DELLE AUSL (AREA: MULTIUTENZA)

ZONE SOCIALI	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega <sup>(1)</sup>		Spesa socio sanitaria <sup>(2)</sup>		Altri Enti (province) <sup>(3)</sup>		TOTALE SPESA PUBBLICA (Sp. sociale netta + Sp. soc. san + Sp. altri enti) <sup>(4)</sup>	
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	62.357	86,2	-	-	10.000	13,8	72.357	100,0
VALTARO E VALCENO	1.264.459	100,0	-	-	-	-	1.264.459	100,0
SCANDIANO	155.991	40,7	227.223	59,3	-	-	383.214	100,0
CASTELFRANCO EMILIA	799.263	50,2	793.000	49,8	-	-	1.592.263	100,0
MODENA	201.225	5,5	3.443.000	94,5	-	-	3.644.225	100,0
BOLOGNA (*)	2.479.000	66,0	1.279.000	34,0	-	-	3.758.000	100,0
CASALECCHIO DI RENO	2.652.041	96,5	95.150	3,5	-	-	2.747.191	100,0
CENTRO NORD	3.669.443	100,0	-	-	-	-	3.669.443	100,0
CESENA-VALLE SAVIO	1.157.658	92,4	94.568	7,6	-	-	1.252.226	100,0
FORLI'	326.229	7,6	3.949.500	92,4	-	-	4.275.729	100,0
LUGO	819.745	94,7	45.967	5,3	-	-	865.712	100,0
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	970.028	88,6	125.000	11,4	-	-	1.095.028	100,0
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>14.557.439</b>	<b>59,1</b>	<b>10.052.408</b>	<b>40,8</b>	<b>10.000</b>	<b>0,0</b>	<b>24.619.847</b>	<b>100,0</b>
<b>TUTTA LA REGIONE</b>	<b>47.945.143</b>	<b>79,0</b>	<b>12.699.902</b>	<b>20,9</b>	<b>10.000</b>	<b>0,0</b>	<b>60.655.045</b>	<b>100,0</b>

### Note alle Tavole

(\*) Per la spesa socio sanitaria delle zone di Bologna e Pavullo sono stati considerati i soli dati disponibili della rilevazione 2004.

- (1) Spesa sociale netta Comuni singoli o ass. e asl per delega: ottenuta dalla rilevazione della spesa sociale (spesa per gli interventi in cui interviene il Comune).
- (2) Spesa socio sanitaria: spesa netta per l'integrazione socio sanitaria ottenuta dalla rilevazione presso le Asl, riferita anche a interventi non gestiti dai Comuni.
- (3) Altri Enti (province): spesa gestita direttamente dalla provincia e non trasferita alle zone.
- (4) TOTALE SPESA PUBBLICA (Sp. sociale netta + Sp. soc. san + Sp. altri enti): costituisce l'insieme delle risorse pubbliche per gli interventi rilevati nel Piano di Zona.
- (5) Contributo utenti: quota richiesta agli utenti per sostenere la spesa degli interventi di cui al punto 1.



**SPESA SOCIALE E SPESA SOCIO SANITARIA DISAGGREGATA PER MACROTIPOLOGIA DI INTERVENTI CON INCIDENZA SULLA SPESA DI ZONA (AREA: GIOVANI)**

ZONE SOCIALI	SPESA SOCIALE				SPESA DELLE ASL		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti)	
	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega		Altri Enti (province)		Spesa socio sanitaria			
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	8.554	100,0					8.554	100,0
interventi e servizi	8.554	100,0					8.554	100,0
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	-	-					-	-
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
VALTARO E VALCENO	41.547	100,0					41.547	100,0
interventi e servizi	32.747	78,8					32.747	78,8
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	8.800	21,2					8.800	21,2
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
SCANDIANO	273.479	100,0					273.479	100,0
interventi e servizi	198.479	72,6					198.479	72,6
strutture	25.000	9,1					25.000	9,1
trasferimenti in denaro	50.000	18,3					50.000	18,3
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
CASTELFRANCO EMILIA	215.277	100,0					215.277	100,0
interventi e servizi	211.677	98,3					211.677	98,3
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	3.600	1,7					3.600	1,7
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
MODENA	503.454	100,0					503.454	100,0
interventi e servizi	503.454	100,0					503.454	100,0
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	-	-					-	-
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
BOLOGNA	185.000	100,0					185.000	100,0
interventi e servizi	185.000	100,0					185.000	100,0
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	-	-					-	-
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
CASALECCHIO DI RENO	798.822	100,0					798.822	100,0
interventi e servizi	798.822	100,0					798.822	100,0
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	-	-					-	-
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
CENTRO NORD	398.657	100,0					398.657	100,0
interventi e servizi	386.157	96,9					386.157	96,9
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	12.500	3,1					12.500	3,1
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
CESENA-VALLE SAVIO	125.442	100,0					125.442	100,0
interventi e servizi	125.184	99,8					125.184	99,8
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	258	0,2					258	0,2
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
FORLÌ	207.745	100,0					207.745	100,0
interventi e servizi	207.745	100,0					207.745	100,0
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	-	-					-	-
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
LUGO	339.495	100,0					339.495	100,0
interventi e servizi	338.495	99,7					338.495	99,7
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	1.000	0,3					1.000	0,3
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	217.166	100,0	30.000				247.166	87,9
interventi e servizi	214.166	98,6					214.166	86,6
strutture	-	-					-	-
trasferimenti in denaro	3.000	1,4					3.000	1,2
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>3.314.638</b>	<b>100,0</b>	<b>30.000</b>				<b>3.344.638</b>	<b>99,1</b>
interventi e servizi	3.210.480	96,9					3.210.480	96,0
strutture	25.000	0,8					25.000	0,7
trasferimenti in denaro	79.158	2,4					79.158	2,4
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-
<b>TUTTA LA REGIONE (*)</b>	<b>12.566.001</b>	<b>100,0</b>	<b>135.000</b>				<b>12.701.001</b>	<b>87,9</b>
interventi e servizi	9.354.134	74,4					9.354.134	86,6
strutture	2.694.850	21,4					2.694.850	-
trasferimenti in denaro	517.017	4,1					517.017	1,2
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	-











**SPESA SOCIALE E SPESA SOCIO SANITARIA DISAGGREGATA PER MACROTIPOLOGIA DI INTERVENTI CON INCIDENZA SULLA SPESA DI ZONA (AREA: IMMIGRAZIONE)**

ZONE SOCIALI	SPESA SOCIALE				SPESA DELLE ASL		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti)	
	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega		Altri Enti (province)		Spesa socio sanitaria			
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	8.696	100,0			-		8.696	100,0
interventi e servizi	8.696	100,0			-		8.696	100,0
strutture	-				-		-	
trasferimenti in denaro	-				-		-	
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
VALTARO E VALCENO	38.695	100,0			-		38.695	100,0
interventi e servizi	38.695	100,0			-		38.695	100,0
strutture	-				-		-	
trasferimenti in denaro	-				-		-	
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
SCANDIANO	230.623	100,0			-		230.623	100,0
interventi e servizi	154.243	66,9			-		154.243	66,9
strutture	69.588	30,2			-		69.588	30,2
trasferimenti in denaro	6.792	2,9			-		6.792	2,9
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
CASTELFRANCO EMILIA	193.932	100,0			-		193.932	100,0
interventi e servizi	129.683	66,9			-		129.683	66,9
strutture	-				-		-	
trasferimenti in denaro	64.249	33,1			-		64.249	33,1
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
MODENA	2.060.310	100,0			-		2.060.310	100,0
interventi e servizi	600.922	29,2			-		600.922	29,2
strutture	1.459.388	70,8			-		1.459.388	70,8
trasferimenti in denaro	-				-		-	
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
BOLOGNA	4.222.000	100,0			-		4.222.000	100,0
interventi e servizi	1.344.000	31,8			-		1.344.000	31,8
strutture	2.878.000	68,2			-		2.878.000	68,2
trasferimenti in denaro	-				-		-	
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
CASALECCHIO DI RENO	314.512	100,0			-		314.512	100,0
interventi e servizi	229.012	72,8			-		229.012	72,8
strutture	10.000	3,2			-		10.000	3,2
trasferimenti in denaro	75.500	24,0			-		75.500	24,0
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
CENTRO NORD	325.087	100,0			-		325.087	100,0
interventi e servizi	2.910	0,9			-		2.910	0,9
strutture	177.949	54,7			-		177.949	54,7
trasferimenti in denaro	144.228	44,4			-		144.228	44,4
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
CESENA-VALLE SAVIO	250.600	100,0			-		250.600	100,0
interventi e servizi	232.583	92,8			-		232.583	92,8
strutture	8.542	3,4			-		8.542	3,4
trasferimenti in denaro	9.475	3,8			-		9.475	3,8
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
FORLÌ	563.803	100,0			-		563.803	100,0
interventi e servizi	316.315	56,1			-		316.315	56,1
strutture	8.629	1,5			-		8.629	1,5
trasferimenti in denaro	238.859	42,4			-		238.859	42,4
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
LUGO	282.696	100,0			-		282.696	100,0
interventi e servizi	231.894	82,0			-		231.894	82,0
strutture	44.344	15,7			-		44.344	15,7
trasferimenti in denaro	6.458	2,3			-		6.458	2,3
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	97.135	100,0	12.000		-		109.135	89,0
interventi e servizi	82.465	84,9			-		82.465	75,6
strutture	-				-		-	
trasferimenti in denaro	14.670	15,1			-		14.670	13,4
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
<b>TOTALE ZONE CAMPIONE</b>	<b>8.588.089</b>	<b>100,0</b>	<b>12.000</b>		<b>-</b>		<b>8.600.089</b>	<b>99,9</b>
interventi e servizi	3.371.418	39,3			-		3.371.418	39,2
strutture	4.656.440	54,2			-		4.656.440	54,1
trasferimenti in denaro	560.231	6,5			-		560.231	6,5
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	
<b>TUTTA LA REGIONE</b>	<b>17.925.540</b>	<b>100,0</b>	<b>155.760</b>		<b>-</b>		<b>18.081.300</b>	<b>99,1</b>
interventi e servizi	8.700.027	48,5			-		8.700.027	48,1
strutture	6.902.960	38,5			-		6.902.960	38,2
trasferimenti in denaro	2.322.553	13,0			-		2.322.553	12,8
pers. soc. san. di coordin.	-				-		-	

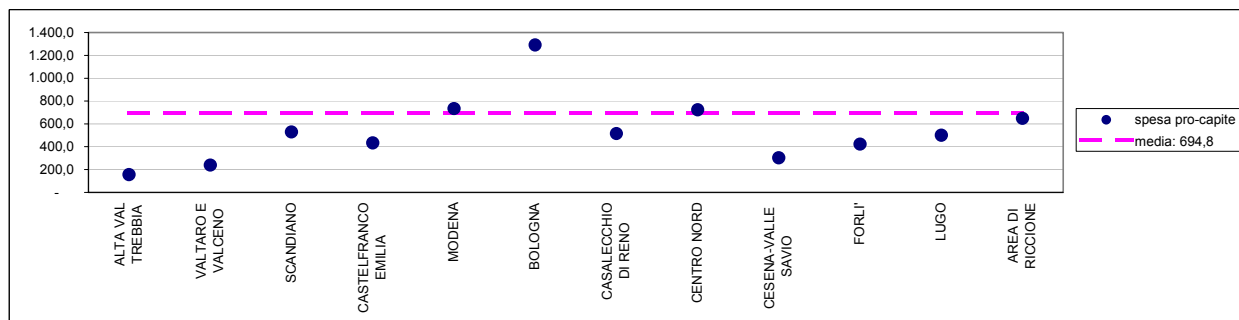
**SPESA SOCIALE E SPESA SOCIO SANITARIA DISAGGREGATA PER MACROTIPOLOGIA DI INTERVENTI CON INCIDENZA SULLA SPESA DI ZONA (AREA: MULTIUTENZA)**

ZONE SOCIALI	SPESA SOCIALE				SPESA DELLE ASL		TOTALE SPESA PUBBLICA(Sp.sociale netta +Sp.soc.san+Sp.altri enti)	
	Spesa sociale netta comuni singoli o ass. e asl per delega		Altri Enti (province)		Spesa socio sanitaria			
	ass	%	ass	%	ass	%	ass	%
ALTA VAL TREBBIA (montagna)	62.357	100,0	10.000		-		72.357	
interventi e servizi	62.357	100,0					62.357	
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	
VALTARO E VALCENO	1.264.459	100,0			-		1.264.459	100,0
interventi e servizi	1.264.459	100,0					1.264.459	100,0
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	
SCANDIANO	155.991	100,0			227.223	100,0	383.214	100,0
interventi e servizi	155.991	100,0			-		155.991	40,7
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			227.223	100,0	227.223	59,3
CASTELFRANCO EMILIA	799.263	100,0			793.000	100,0	1.592.263	100,0
interventi e servizi	799.263	100,0			-		799.263	50,2
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			793.000	100,0	793.000	49,8
MODENA	201.225	100,0			3.443.000	100,0	3.644.225	100,0
interventi e servizi	201.225	100,0			-		201.225	5,5
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			3.443.000	100,0	3.443.000	94,5
BOLOGNA	2.479.000	100,0			1.279.000		3.758.000	100,0
interventi e servizi	2.479.000	100,0			-		2.479.000	66,0
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			1.279.000		1.279.000	34,0
CASALECCHIO DI RENO	2.652.041	100,0			95.150	100,0	2.747.191	100,0
interventi e servizi	2.652.041	100,0			-		2.652.041	96,5
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			95.150	100,0	95.150	3,5
CENTRO NORD	3.669.443	100,0			-		3.669.443	100,0
interventi e servizi	3.669.443	100,0					3.669.443	100,0
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-					-	
CESENA-VALLE SAVIO	1.157.658	100,0			94.568	100,0	1.252.226	100,0
interventi e servizi	1.157.658	100,0			-		1.157.658	92,4
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			94.568	100,0	94.568	7,6
FORLÌ	326.229	100,0			3.949.500	100,0	4.275.729	100,0
interventi e servizi	326.229	100,0			-		326.229	7,6
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			3.949.500	100,0	3.949.500	92,4
LUGO	819.745	100,0			45.967	100,0	865.712	100,0
interventi e servizi	819.745	100,0			-		819.745	94,7
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			45.967	100,0	45.967	5,3
AREA DI RICCIONE (RIMINI SUD)	970.028	100,0			125.000	100,0	1.095.028	100,0
interventi e servizi	970.028	100,0			-		970.028	88,6
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			125.000	100,0	125.000	11,4
TOTALE ZONE CAMPIONE	14.557.439	100,0	10.000		10.052.408	100,0	24.619.847	100,0
interventi e servizi	14.557.439	100,0			-		14.557.439	59,1
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			10.052.408	100,0	10.052.408	40,8
TUTTA LA REGIONE (*)	47.945.143	100,0	10.000		12.699.902	100,0	60.655.045	100,0
interventi e servizi	47.945.143	100,0			-		47.945.143	79,0
strutture	-	-					-	
trasferimenti in denaro	-	-					-	
pers. soc. san. di coordin.	-	-			12.699.902	100,0	12.699.902	20,9

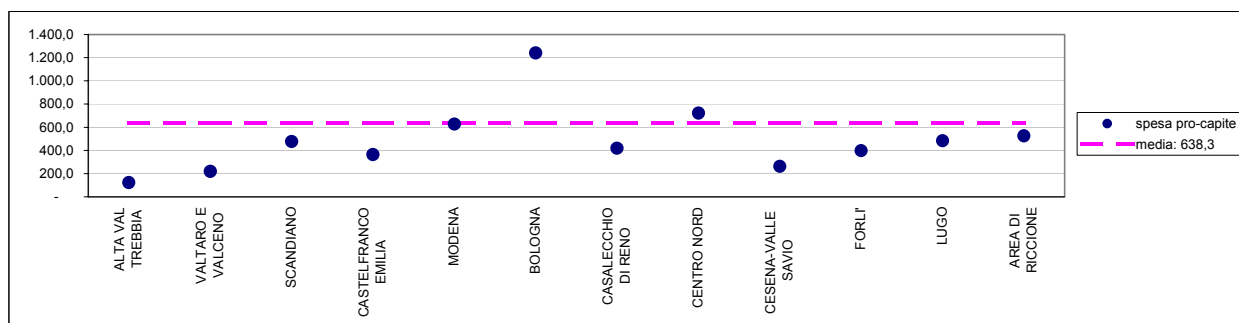
(\*) Per la spesa socio sanitaria delle zone di Bologna e Pavullo sono stati considerati i soli dati disponibili della rilevazione 2004.

## APPENDICE 4 – Spesa pubblica pro-capite per area di intervento

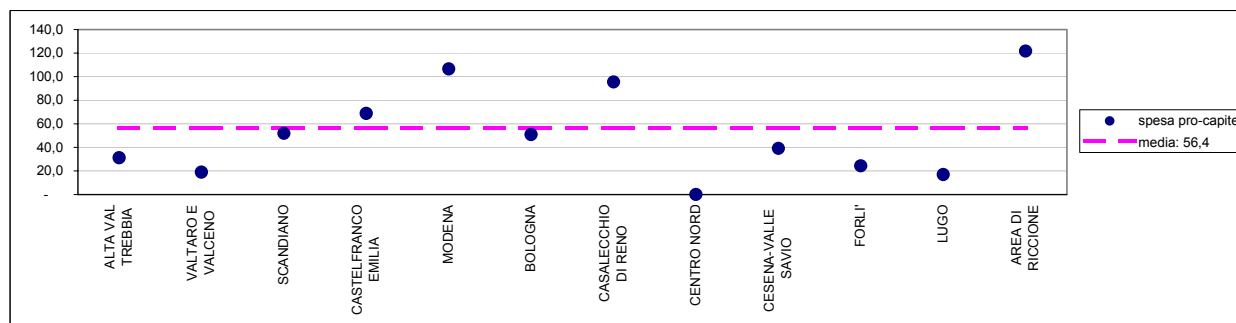
### AREA FAMIGLIA E MINORI (POP. TARGET. MINORI 0-18 ANNO 2004) - SPESA PUBBLICA PRO CAPITE



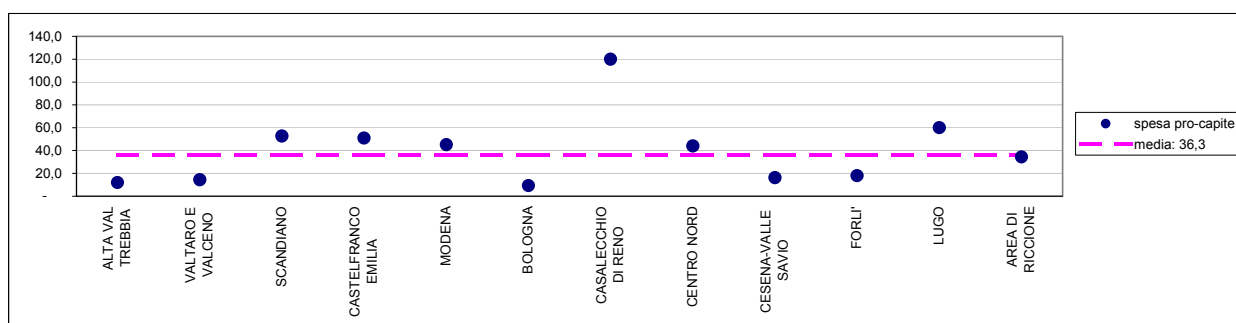
### AREA FAMIGLIA E MINORI (POP. TARGET. MINORI 0-18 ANNO 2004) - SPESA SOCIALE PRO CAPITE



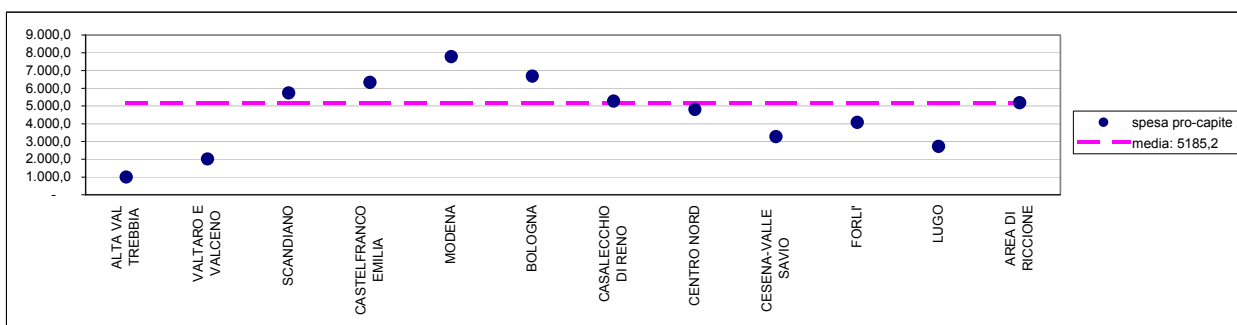
### AREA FAMIGLIA E MINORI (POP. TARGET. MINORI 0-18 ANNO 2004) - SPESA SOCIO SANITARIA PRO CAPITE



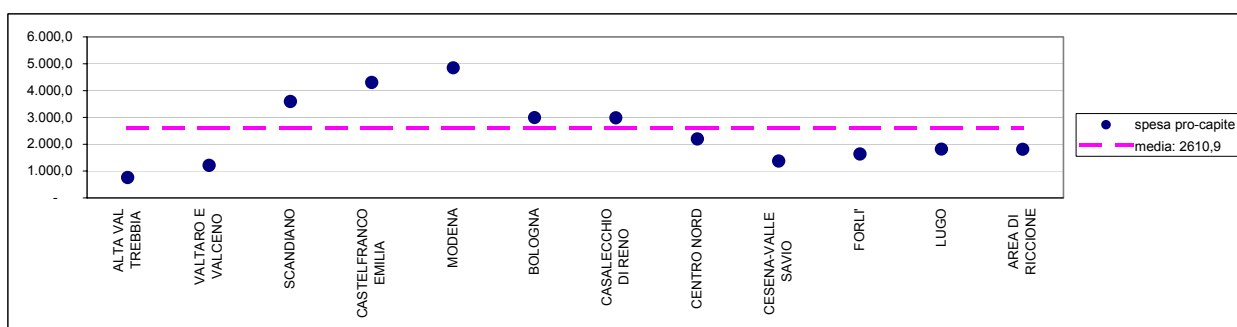
### AREA GIOVANI (POP. TARGET. GIOVANI 19-25 ANNO 2004) - SPESA PUBBLICA PRO CAPITE (Nell'area giovani non c'è spesa socio sanitaria, per cui la spesa pubblica pro capite coincide con la spesa sociale pro capite).



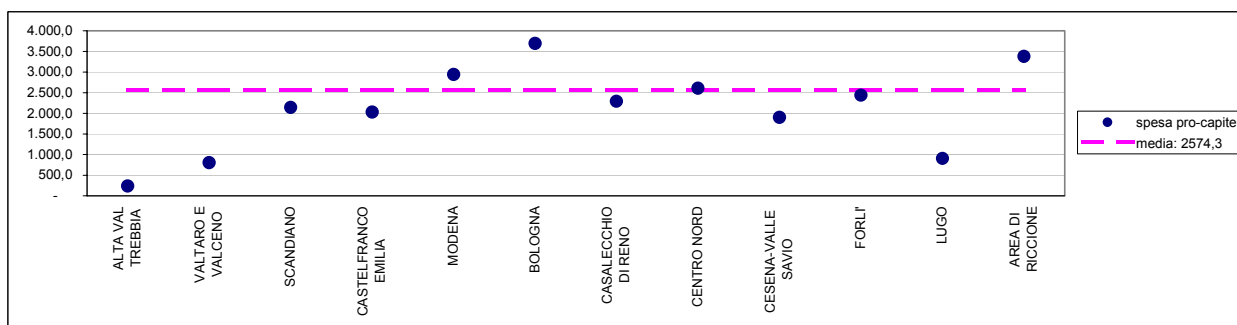
**AREA DISABILI (POP. TARGET. STIMA INVALIDI 100% INPS ADULTI 19-64 ANNO 2001) - SPESA PUBBLICA PRO CAPITE**



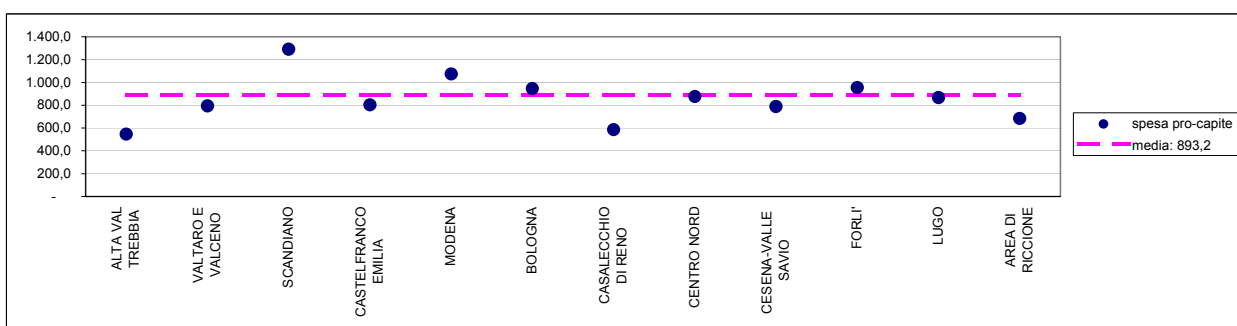
**AREA DISABILI (POP. TARGET. STIMA INVALIDI 100% INPS ADULTI 19-64 ANNO 2001) - SPESA SOCIALE PRO CAPITE**



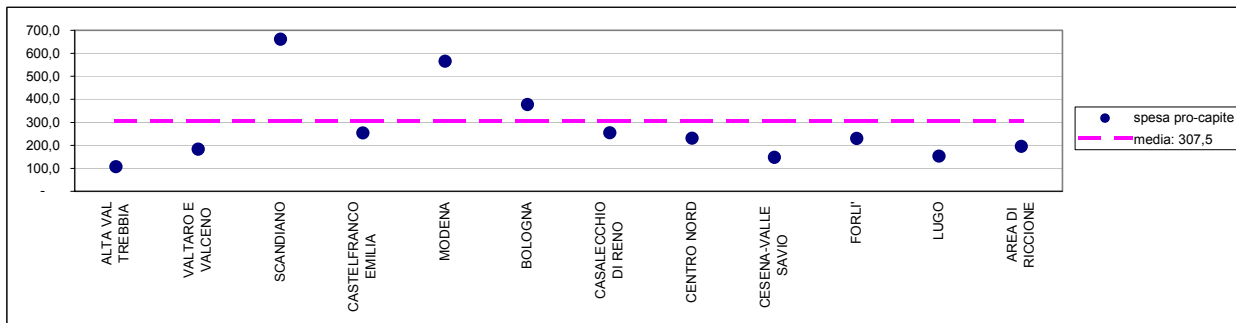
**AREA DISABILI (POP. TARGET. STIMA INVALIDI 100% INPS ADULTI 19-64 ANNO 2001) - SPESA SOCIO SANITARIA PRO CAPITE**



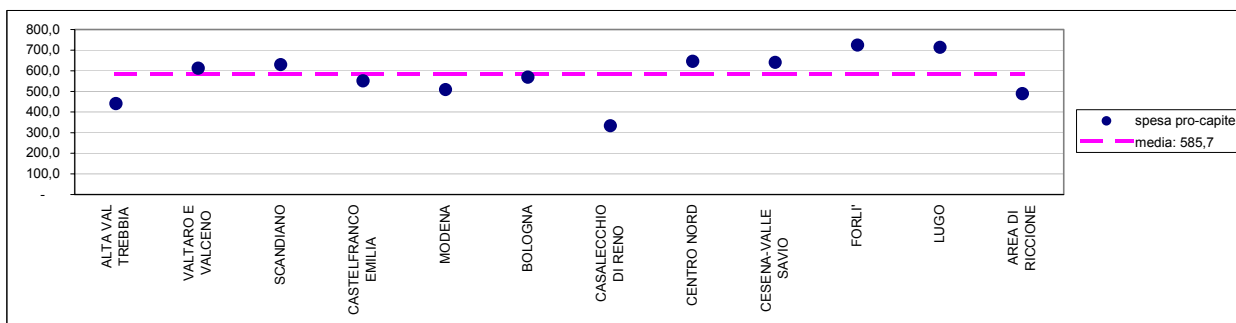
**AREA ANZIANI (POP. TARGET. ANZIANI >64 ANNO 2004) - SPESA PUBBLICA PRO CAPITE**



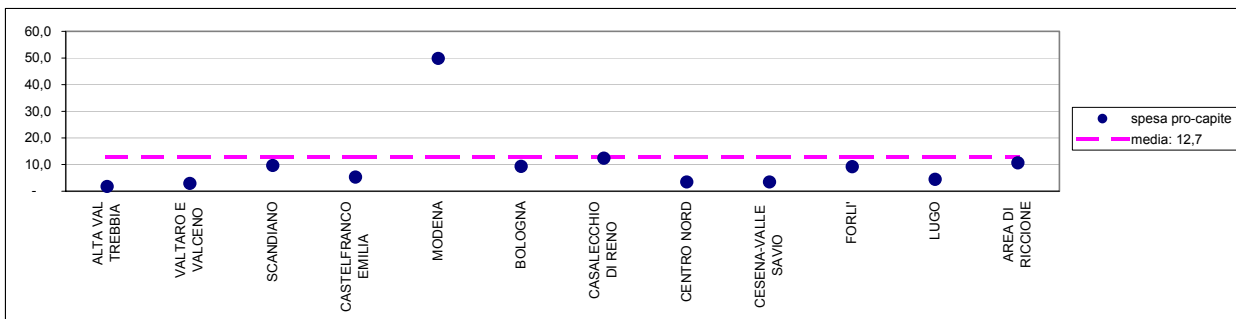
**AREA ANZIANI (POP. TARGET. ANZIANI > 64 ANNO 2004) - SPESA SOCIALE PRO CAPITE**



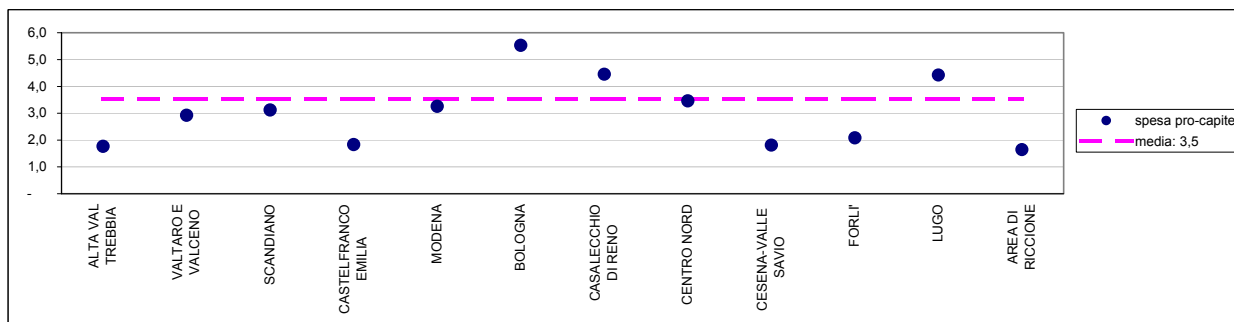
**AREA ANZIANI (POP. TARGET. ANZIANI > 64 ANNO 2004) - SPESA SOCIO SANITARIA PRO CAPITE**



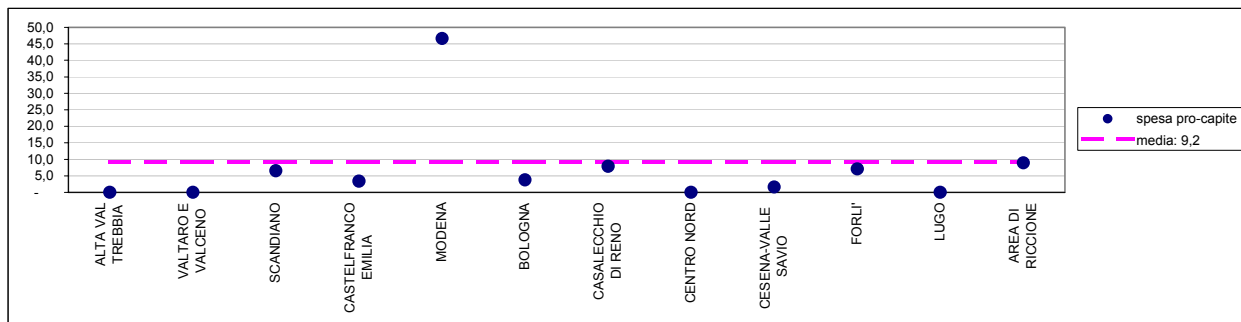
**AREA DIPENDENZE (POP. TARGET. POP 15-44 ANNO 2004) - SPESA PUBBLICA PRO CAPITE**



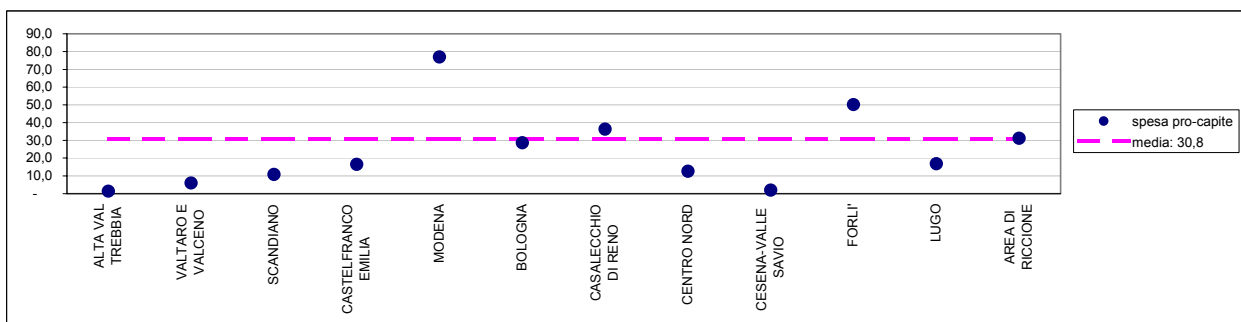
**AREA DIPENDENZE (POP. TARGET. POP 15-44 ANNO 2004) - SPESA SOCIALE PRO CAPITE**



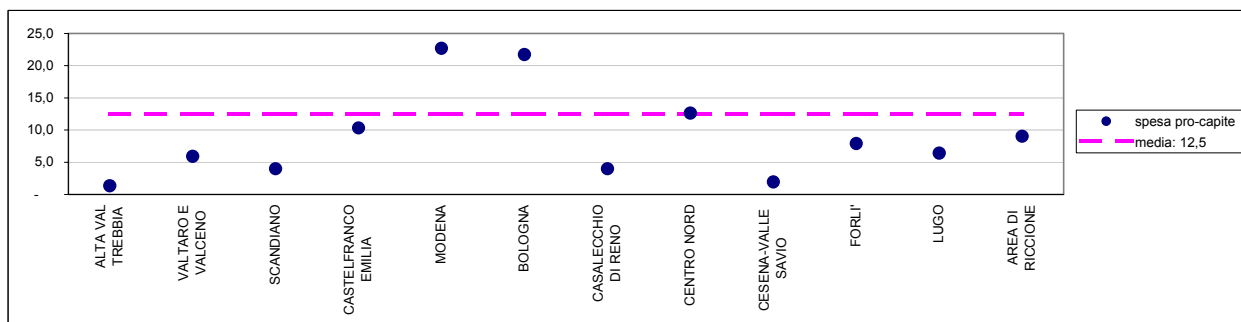
**AREA DIPENDENZE (POP. TARGET. POP 15-44 ANNO 2004) - SPESA SOCIO SANITARIA PRO CAPITE**



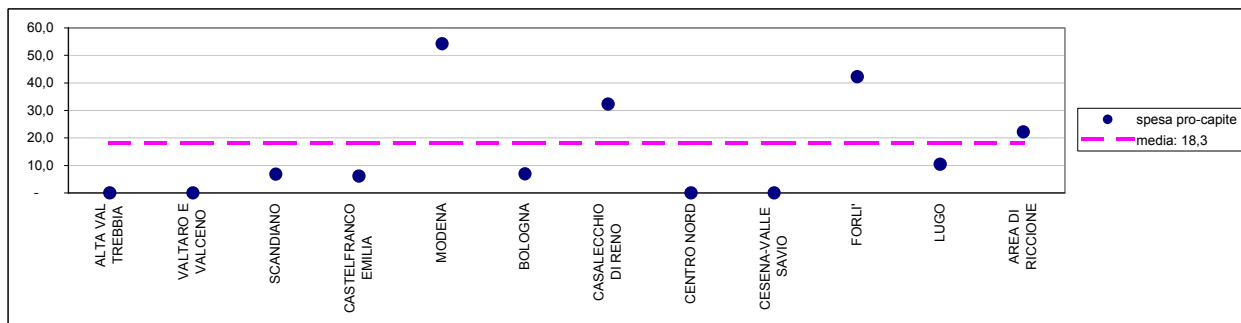
**AREA DISAGIO ADULTI (POP. TARGET. POP 19-64 ANNO 2004) - SPESA PUBBLICA PRO CAPITE**



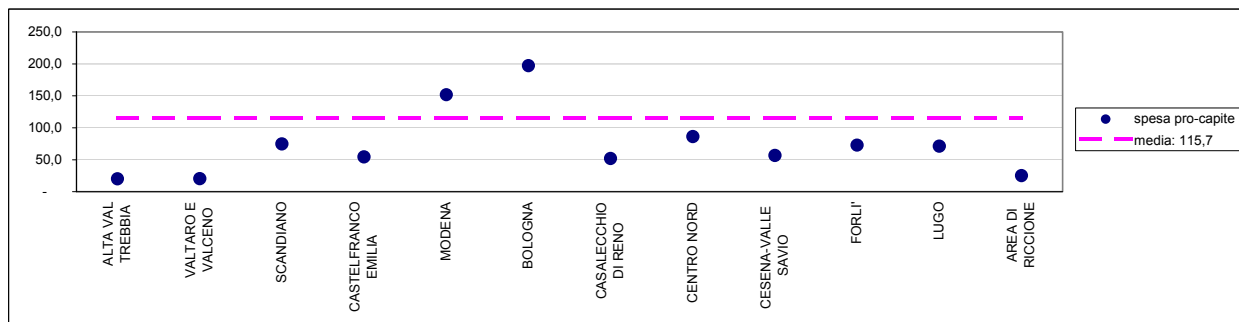
**AREA DISAGIO ADULTI (POP. TARGET. POP 19-64 ANNO 2004) - SPESA SOCIALE PRO CAPITE**



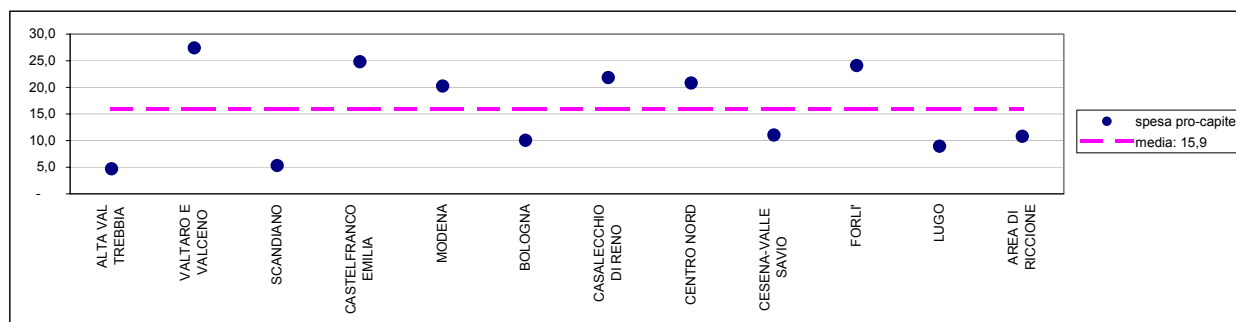
**AREA DISAGIO ADULTI (POP. TARGET. POP 19-64 ANNO 2004) - SPESA SOCIO SANITARIA PRO CAPITE**



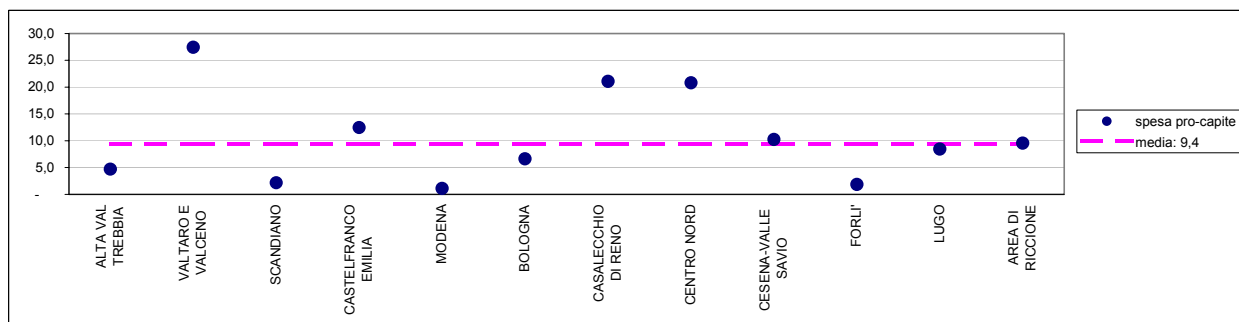
**AREA IMMIGRAZIONE (POP. TARGET. RES. STRAN. ANNO 2003) - SPESA PUBBLICA PRO CAPITE** (Non c'è spesa socio sanitaria, per cui la spesa pubblica pro capite coincide con la spesa sociale pro capite).



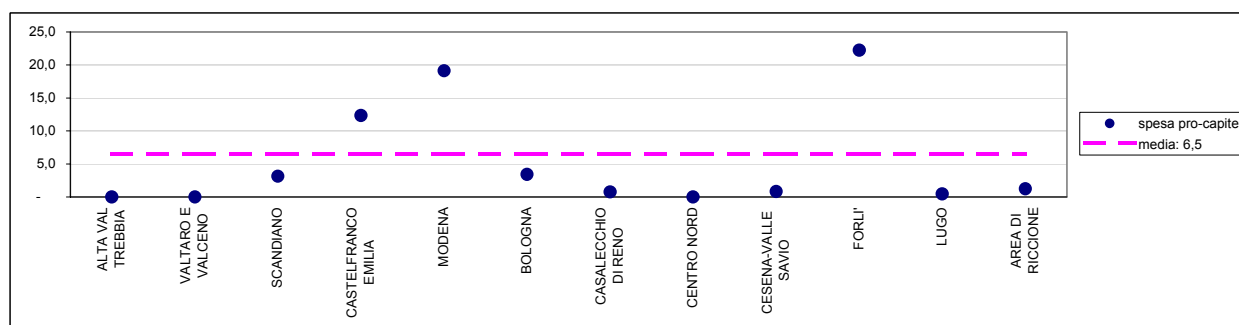
**AREA MULTIUTENZA (POP. TARGET. POPOLAZ. TOT. ANNO 2004) - SPESA PUBBLICA PRO CAPITE**



**AREA MULTIUTENZA (POP. TARGET. POPOLAZ. TOT. ANNO 2004) - SPESA SOCIALE PRO CAPITE**



**AREA MULTIUTENZA (POP. TARGET. POPOLAZ. TOT. ANNO 2004) - SPESA SOCIO SANITARIA PRO CAPITE**





## APPENDICE 5 – I Bilanci delle zone del campione

### SPESA SOCIALE LORDA COMPLESSIVA E RISORSE PER OGNI ZONA COMPRESA NEL CAMPIONE

#### ALTA VAL TREBBIA (PIACENZA)

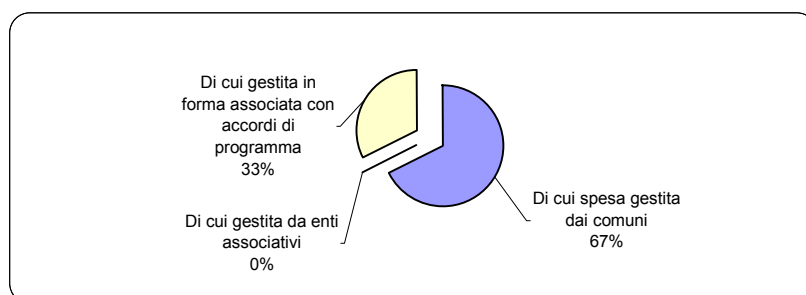
##### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva (1)	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
ANZIANI	501.633	426.805	85,1	-	-	74.828	14,9
DIPENDENZE	7.553	-	-	-	-	7.553	100,0
DISABILI	108.681	51.276	47,2	-	-	57.405	52,8
DISAGIO ADULTI	10.654	3.100	29,1	-	-	7.554	70,9
FAMIGLIA E MINORI	178.888	63.122	35,3	-	-	115.766	64,7
GIOVANI	8.554	1.000	11,7	-	-	7.554	88,3
IMMIGRATI	8.696	1.143	13,1	-	-	7.553	86,9
MULTIUTENZA	62.357	51.515	82,6	-	-	10.842	17,4
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>887.016</b>	<b>597.961</b>	<b>67,4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>289.055</b>	<b>32,6</b>

#### NOTA

Questa Tavola deriva dal data base regionale; nella tabella 3A della zona era stato modificato l'importo dei disabili in 124.969 per cui il totale era pure modificato in 903.304.

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni.



#### ELENCO INTERVENTI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA NELLA ZONA: PER OGNI TIPOLOGIA DI INTERVENTO SI FORNISCE LA SPESA LORDA COMPLESSIVAMENTE SOSTENUTA DALLA ZONA, LA QUOTA PARTE GESTITA IN FORMA ASSOCIATA E LA QUOTA PARTE GESTITA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Area	Tipo di Intervento	Sezioni	Descrizione delle Sezioni	Totale Spesa lorda di Zona per interventi elencati	Gestita da Enti Associativi	Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	Quota di spesa gestita direttamente dai Comuni per interventi elencati
Anziani	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	73.428,00	-	73.428,00	-
Anziani	Interventi e servizi	E	Servizi di supporto	7.900,00	-	1.400,00	6.500
Dipendenze	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	7.553,00	-	7.553,00	-
Disabili	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	15.107,00	-	15.107,00	-
Disabili	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	16.588,00	-	300,00	16.288
Disabili	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	38.988,00	-	32.988,00	6.000
Disabili	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	9.010,00	-	9.010,00	-
Disagio adulti	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	7.554,00	-	7.554,00	-
Famiglia e minori	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	37.767,00	-	37.767,00	-
Famiglia e minori	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	11.885,00	-	11.885,00	-
Famiglia e minori	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	102.975,00	-	66.114,00	36.861
Giovani	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	7.554,00	-	7.554,00	-
Immigrati	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	7.553,00	-	7.553,00	-
Multiutenza	Interventi e servizi	L	Segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi	7.553,00	-	7.553,00	-
Multiutenza	Interventi e servizi	N	Azioni di sistema e spese di organizzazione	54.804,00	-	3.289,00	51.515
<b>TOTALE PER GLI INTERVENTI ELENCATI</b>				<b>406.219,00</b>	<b>-</b>	<b>289.055,00</b>	<b>117.164</b>

## Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	-	-	143.062	3.848	-	146.910	355.923	502.833
Dipendenze	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.553	7.553
Disabili	-	-	-	300	-	992	-	-	1.292	123.677	124.969
Disagio Adulti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.654	10.654
Famiglia e Minori	-	-	-	10.967	-	-	-	-	10.967	192.271	203.238
Giovani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.554	8.554
Immigrati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.696	8.696
<b>Indistinti</b>	-	-	-	<b>257.015</b>	<b>16.934</b>	-	-	<b>24.000</b>	<b>297.949</b>	<b>319.148</b>	<b>21.199</b>
Multiutenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58.357	58.357
<b>TUTTE LE AREE</b>	-	-	-	<b>268.282</b>	<b>16.934</b>	<b>144.054</b>	<b>3.848</b>	<b>24.000</b>	<b>457.118</b>	<b>446.537</b>	<b>903.655</b>

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	-	-	28,5	0,8	-	29,2	70,8	100,0
Dipendenze	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0
Disabili	-	-	-	0,2	-	0,8	-	-	1,0	99,0	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0
Famiglia e Minori	-	-	-	5,4	-	-	-	-	5,4	94,6	100,0
Giovani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0
Immigrati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0
<b>Indistinti</b>	-	-	-	<b>1.212,4</b>	<b>79,9</b>	-	-	<b>113,2</b>	<b>1.405,5</b>	<b>1.505,5</b>	<b>100,0</b>
Multiutenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0
<b>TUTTE LE AREE</b>	-	-	-	<b>29,7</b>	<b>1,9</b>	<b>15,9</b>	<b>0,4</b>	<b>2,7</b>	<b>50,6</b>	<b>49,4</b>	<b>100,0</b>

**NOTA** Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.

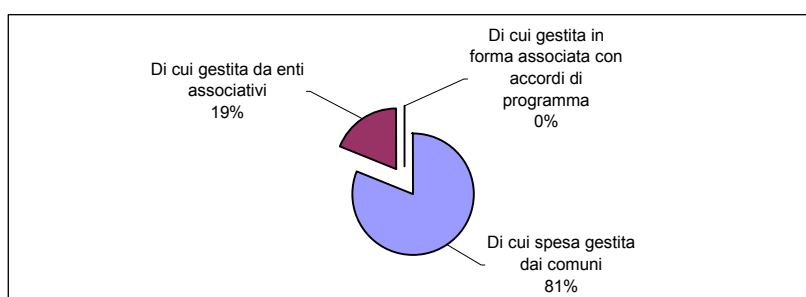
## VALTARO E VALCENO (PARMA)

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
ANZIANI	4.745.288	4.515.210	95,2	230.078	4,8	-	-
DIPENDENZE	47.485	2.820	5,9	44.665	94,1	-	-
DISABILI	654.473	210.182	32,1	444.291	67,9	-	-
DISAGIO ADULTI	161.007	100.055	62,1	60.952	37,9	-	-
FAMIGLIA E MINORI	1.669.450	1.172.087	70,2	497.363	29,8	-	-
GIOVANI	41.547	10.800	26,0	30.747	74,0	-	-
IMMIGRATI	38.695	-	-	38.695	100,0	-	-
MULTIUTENZA	1.264.459	993.945	78,6	270.514	21,4	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>8.622.404</b>	<b>7.005.099</b>	<b>81,2</b>	<b>1.617.305</b>	<b>18,8</b>	-	-

#### NOTA.

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate da risorse proprie dei Comuni.



### ELENCO INTERVENTI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA NELLA ZONA: PER OGNI TIPOLOGIA DI INTERVENTO SI FORNISCE LA SPESA LORDA COMPLESSIVAMENTE SOSTENUTA DALLA ZONA, LA QUOTA PARTE GESTITA IN FORMA ASSOCIATA E LA QUOTA PARTE GESTITA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Area	Tipo di Intervento	Sezioni	Descrizione delle Sezioni	Totale Spesa lorda di Zona per interventi elencati	Di cui gestita da Enti Associativi	Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	Quota di spesa gestita direttamente dai Comuni per interventi elencati
Anziani	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	109.231	62.631	-	46.600
Anziani	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	840.287	167.447	-	672.840
Dipendenze	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	6.222	6.222	-	-
Dipendenze	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	7.000	7.000	-	-
Dipendenze	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	29.463	26.643	-	2.820
Dipendenze	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	4.800	4.800	-	-
Disabili	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	23.101	23.101	-	-
Disabili	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	38.206	38.206	-	-
Disabili	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	198.863	123.190	-	75.673
Disabili	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	39.049	32.049	-	7.000
Disabili	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	167.227	41.272	-	125.955
Disabili	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	186.473	186.473	-	-
Disagio adulti	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	16.620	4.620	-	12.000
Disagio adulti	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	28.967	25.727	-	3.240
Disagio adulti	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	111.920	30.605	-	81.315
Famiglia e minori	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	110.515	102.815	-	7.700
Famiglia e minori	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	16.400	15.700	-	700
Famiglia e minori	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	68.055	60.196	-	7.859
Famiglia e minori	Interventi e servizi	E	Servizi di supporto	115.433	2.400	-	113.033
Famiglia e minori	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	468.343	193.701	-	274.642
Famiglia e minori	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	890.130	122.551	-	767.579
Giovani	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	32.747	30.747	-	2.000
Immigrati	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	38.695	38.695	-	-
Multiutenza	Interventi e servizi	N	Azioni di sistema e spese di organizzazione	1.233.929	270.514	-	963.415
<b>TOTALE PER GLI INTERVENTI ELENCATI</b>				<b>4.781.676</b>	<b>1.617.305</b>		<b>3.164.371</b>

## Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	108.880	-	2.234.979	1.270.435	57.487	3.671.781	-	3.671.781
Dipendenze	-	-	-	23.550	-	-	-	-	23.550	-	23.550
Disabili	-	-	-	37.978	20.046	7.500	78.365	-	143.889	-	143.889
Disagio Adulti	-	-	-	21.424	-	-	1.500	-	22.924	-	22.924
Famiglia e Minori	-	-	-	226.498	89.294	272.903	-	-	588.695	-	588.695
Giovani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Immigrati	-	-	-	38.695	-	-	-	-	38.695	-	38.695
Indistinti	-	-	-	716.194	21.000	-	-	-	737.194	3.295.777	4.032.971
Multiutenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TUTTE LE AREE	-	-	-	1.173.219	130.340	2.515.382	1.350.300	57.487	5.226.728	3.295.777	8.522.505

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	3,0	-	60,9	34,6	1,6	100,0	-	100,0
Dipendenze	-	-	-	100,0	-	-	-	-	100,0	-	100,0
Disabili	-	-	-	26,4	13,9	5,2	54,5	-	100,0	-	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	93,5	-	-	6,5	-	100,0	-	100,0
Famiglia e Minori	-	-	-	38,5	15,2	46,4	-	-	100,0	-	100,0
Giovani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Immigrati	-	-	-	100,0	-	-	-	-	100,0	-	100,0
Indistinti	-	-	-	17,8	0,5	-	-	-	18,3	81,7	100,0
Multiutenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TUTTE LE AREE	-	-	-	13,8	1,5	29,5	15,8	0,7	61,3	38,7	100,0

### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.

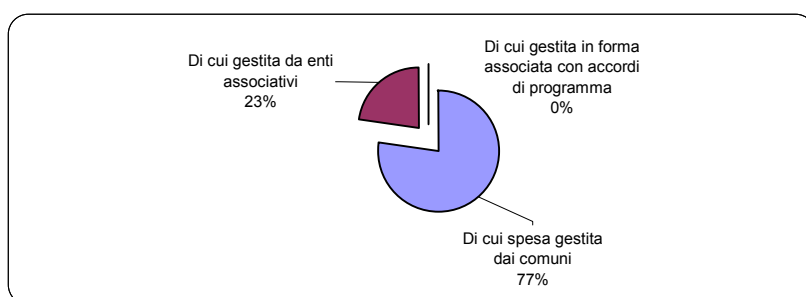
## SCANDIANO (REGGIO EMILIA)

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
ANZIANI	9.527.380	9.429.417	99,0	97.963	1,0	-	-
DIPENDENZE	294.784	294.784	100,0	-	-	-	-
DISABILI	3.490.814	456.065	13,1	3.034.749	86,9	-	-
DISAGIO ADULTI	508.849	508.849	100,0	-	-	-	-
FAMIGLIA E MINORI	8.748.025	6.549.568	74,9	2.198.457	25,1	-	-
GIOVANI	501.252	501.252	100,0	-	-	-	-
IMMIGRATI	250.623	250.623	100,0	-	-	-	-
MULTIUTENZA	155.991	155.991	100,0	-	-	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>23.477.718</b>	<b>18.146.549</b>	<b>77,3</b>	<b>5.331.169</b>	<b>22,7</b>	-	-

#### NOTA.

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate da risorse proprie dei Comuni.



### ELENCO INTERVENTI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA NELLA ZONA: PER OGNI TIPOLOGIA DI INTERVENTO SI FORNISCE LA SPESA LORDA COMPLESSIVAMENTE SOSTENUTA DALLA ZONA, LA QUOTA PARTE GESTITA IN FORMA ASSOCIATA E LA QUOTA PARTE GESTITA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Area	Tipo di Intervento	Sezioni	Descrizione delle Sezioni	Totale Spesa lorda di Zona per interventi elencati	Di cui gestita da Enti Associativi	Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	Quota di spesa gestita direttamente dai Comuni per interventi elencati
Anziani	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	890.593	97.963	-	792.630,00
Disabili	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	148.153	87.160	-	60.993
Disabili	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	158.281	148.356	-	9.925
Disabili	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	339.158	205.000	-	134.158
Disabili	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	1.770.786	1.696.680	-	74.106
Famiglia e minori	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	391.661	366.254	-	25.407
Famiglia e minori	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	146.324	105.036	-	41.288
Famiglia e minori	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	1.424.744	1.018.410	-	406.334
<b>TOTALE PER GLI INTERVENTI ELENCATI</b>				<b>5.269.700</b>	<b>3.724.859</b>	-	<b>1.544.841</b>

## Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	52.247	15.000	1.675.838	3.831.127	13.060	5.587.272	514.194	6.101.466
Dipendenze	-	-	-	38.189	-	-	199.288	-	237.477	70.082	307.559
Disabili	-	-	-	62.856	14.103	42.550	856.603	107.571	1.083.683	26.586	1.110.269
Disagio Adulti	-	-	-	-	-	7.571	316.734	1.571	325.876	256.251	582.127
Famiglia e Minori	-	-	-	718.253	183.092	1.230.258	1.368.302	7.071	3.506.976	755.794	4.262.770
Giovani	-	-	-	29.198	-	550	227.223	-	256.971	306.983	563.954
Immigrati	-	-	7.153	49.710	-	20.000	-	1.571	78.434	151.850	230.284
Indistinti	-	-	-	460.389	10.691	-	-	-	471.080	8.200	479.280
Multiutenza	-	-	-	32.734	-	-	-	-	32.734	31.229	63.963
TUTTE LE AREE	-	-	7.153	1.443.576	222.886	2.976.767	6.799.277	130.844	11.580.503	2.121.169	13.701.672

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	0,9	0,2	27,5	62,8	0,2	91,6	8,4	100,0
Dipendenze	-	-	-	12,4	-	-	64,8	-	77,2	22,8	100,0
Disabili	-	-	-	5,7	1,3	3,8	77,2	9,7	97,6	2,4	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	-	-	1,3	54,4	0,3	56,0	44,0	100,0
Famiglia e Minori	-	-	-	16,8	4,3	28,9	32,1	0,2	82,3	17,7	100,0
Giovani	-	-	-	5,2	-	0,1	40,3	-	45,6	54,4	100,0
Immigrati	-	-	3,1	21,6	-	8,7	-	0,7	34,1	65,9	100,0
Indistinti	-	-	-	96,1	2,2	-	-	-	98,3	1,7	100,0
Multiutenza	-	-	-	51,2	-	-	-	-	51,2	48,8	100,0
TUTTE LE AREE	-	-	0,1	10,5	1,6	21,7	49,6	1,0	84,5	15,5	100,0

### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.

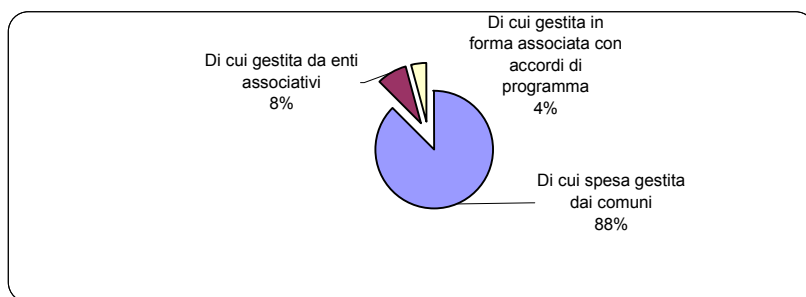
## CASTELFRANCO EMILIA (MODENA)

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
ANZIANI	3.340.479	3.122.817	93,5	147.936	4,4	69.726	2,1
DIPENDENZE	49.371	13.917	28,2	8.245	16,7	27.209	55,1
DISABILI	2.429.082	1.951.027	80,3	408.283	16,8	69.772	2,9
DISAGIO ADULTI	433.321	360.739	83,2	31.000	7,2	41.582	9,6
FAMIGLIA E MINORI	5.016.106	4.646.536	92,6	173.838	3,5	195.732	3,9
GIOVANI	215.277	108.343	50,3	70.616	32,8	36.318	16,9
IMMIGRATI	193.932	64.933	33,5	46.924	24,2	82.075	42,3
MULTIUTENZA	799.263	649.263	81,2	150.000	18,8	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>12.476.831</b>	<b>10.917.574</b>	<b>87,5</b>	<b>1.036.842</b>	<b>8,3</b>	<b>522.415</b>	<b>4,2</b>

#### NOTA.

(1) *Spesa sociale lorda complessiva*: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate da risorse proprie dei Comuni.



### ELENCO INTERVENTI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA NELLA ZONA: PER OGNI TIPOLOGIA DI INTERVENTO SI FORNISCE LA SPESA LORDA COMPLESSIVAMENTE SOSTENUTA DALLA ZONA, LA QUOTA PARTE GESTITA IN FORMA ASSOCIATA E LA QUOTA PARTE GESTITA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Area	Tipo di intervento	Sezioni	Descrizione delle Sezioni	Totale Spesa lorda di Zona per interventi elencati	Di cui gestita da Enti Associativi	Di cui gestita in forma associata con accordi di programma (*)	Quota di spesa gestita direttamente dai Comuni per interventi elencati
Anziani	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	108.780,00	20.644,00		88.136,00
Anziani	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	606.026,00	75.000,00		531.026,00
Anziani	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	711.098,00	41.292,00		669.806,00
Anziani	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	1.712.000,00	11.000,00		1.701.000,00
Dipendenze	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	30.810,00	6.745,00		24.065,00
Dipendenze	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	5.200,00	1.500,00		3.700,00
Disabili	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	1.099.836,00	268.356,00		831.480,00
Disabili	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	86.550,00	12.000,00		74.550,00
Disabili	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	125.476,00	7.500,00		117.976,00
Disabili	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	907.738,00	105.427,00		802.311,00
Disabili	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	15.000,00	15.000,00		-
Disagio adulti	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	167.723,00	28.000,00		139.723,00
Disagio adulti	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	18.203,00	3.000,00		15.203,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	265.469,00	114.338,00		151.131,00
Famiglia e minori	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	1.119.648,00	19.500,00		1.100.148,00
Famiglia e minori	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	3.499.526,00	40.000,00		3.459.526,00
Giovani	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	23.961,00	10.000,00		13.961,00
Giovani	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	177.716,00	50.616,00		127.100,00
Giovani	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	10.000,00	10.000,00		-
Immigrati	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	35.004,00	15.000,00		20.004,00
Immigrati	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	94.679,00	31.924,00		62.755,00
Multiutenza	Interventi e servizi	N	Azioni di sistema e spese di organizzazione	719.763,00	150.000,00		569.763,00
<b>TOTALE PER GLI INTERVENTI ELENCATI</b>				<b>11.540.206,00</b>	<b>1.036.842,00</b>		<b>10.503.364,00</b>

(\*) La Zona di Castelfranco non ha fornito i dati di spesa gestita in forma associata da Comuni disaggregata per interventi.

## Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	48.808	4.500	1.214.210	683.300	-	1.950.818	-	1.950.818
Dipendenze	-	-	-	18.970	-	-	-	-	18.970	-	18.970
Disabili	-	-	-	64.080	136.947	30.589	450.000	-	681.616	-	681.616
Disagio Adulti	-	-	-	31.299	-	9.600	-	-	40.899	-	40.899
Famiglia e Minori	-	-	-	168.546	134.346	972.993	5.374	-	1.281.259	216.000	1.497.259
Giovani	-	-	-	25.422	-	-	-	5.000	30.422	-	30.422
Immigrati	-	-	-	59.798	-	-	-	-	59.798	-	59.798
<i>Indistinti</i>	-	-	-	<i>915.996</i>	<i>12.900</i>	-	-	-	<i>928.896</i>	-	<i>928.896</i>
Multiutenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	-	-	-	<b>1.332.919</b>	<b>288.693</b>	<b>2.227.392</b>	<b>1.138.674</b>	<b>5.000</b>	<b>4.992.678</b>	<b>216.000</b>	<b>5.208.678</b>

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	2,5	0,2	62,2	35,0	-	100,0	-	100,0
Dipendenze	-	-	-	100,0	-	-	-	-	100,0	-	100,0
Disabili	-	-	-	9,4	20,1	4,5	66,0	-	100,0	-	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	76,5	-	23,5	-	-	100,0	-	100,0
Famiglia e Minori	-	-	-	11,3	9,0	65,0	0,4	-	85,6	14,4	100,0
Giovani	-	-	-	83,6	-	-	-	16,4	100,0	-	100,0
Immigrati	-	-	-	100,0	-	-	-	-	100,0	-	100,0
<i>Indistinti</i>	-	-	-	<i>98,6</i>	<i>1,4</i>	-	-	-	<i>100,0</i>	-	<i>100,0</i>
Multiutenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	-	-	-	<b>25,6</b>	<b>5,5</b>	<b>42,8</b>	<b>21,9</b>	<b>0,1</b>	<b>95,9</b>	<b>4,1</b>	<b>100,0</b>

### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.



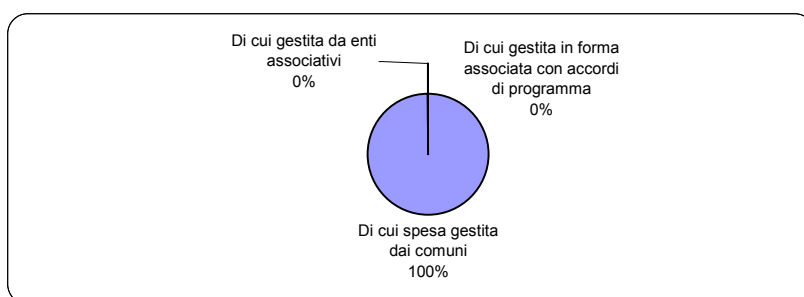
## MODENA

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
ANZIANI	25.924.590	25.924.590	100,0	-	-	-	-
DIPENDENZE	225.499	225.499	100,0	-	-	-	-
DISABILI	9.051.843	9.051.843	100,0	-	-	-	-
DISAGIO ADULTI	2.547.192	2.547.192	100,0	-	-	-	-
FAMIGLIA E MINORI	23.246.740	23.246.740	100,0	-	-	-	-
GIOVANI	503.454	503.454	100,0	-	-	-	-
IMMIGRATI	2.063.710	2.063.710	100,0	-	-	-	-
MULTIUTENZA	201.225	201.225	100,0	-	-	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>63.764.253</b>	<b>63.764.253</b>	<b>100,0</b>	-	-	-	-

#### NOTA

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni.



### Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	22.620	427.884	-	7.244.999	7.540.161	-	15.235.664	10.688.926	25.924.590
Dipendenze	-	-	-	156.086	-	-	-	-	156.086	69.413	225.499
Disabili	-	-	-	87.227	-	-	2.561.164	-	2.648.391	6.403.452	9.051.843
Disagio Adulti	-	-	-	1.584.954	-	-	-	-	1.584.954	195.192	1.780.146
Famiglia e Minori	-	-	98.000	812.414	-	5.585.500	-	-	6.495.914	16.750.826	23.246.740
Giovani	-	-	2.000	40.500	-	-	-	-	42.500	460.954	503.454
Immigrati	-	-	548.850	314.558	-	3.400	-	-	866.808	1.196.902	2.063.710
Indistinti	-	-	-	750.000	17.046	-	-	-	767.046	-	767.046
Multiutenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	201.225	201.225
<b>TUTTE LE AREE</b>	-	-	671.470	4.173.623	17.046	12.833.899	10.101.325	-	27.797.363	35.966.890	63.764.253

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	0,1	1,7	-	27,9	29,1	-	58,8	41,2	100,0
Dipendenze	-	-	-	69,2	-	-	-	-	69,2	30,8	100,0
Disabili	-	-	-	1,0	-	-	28,3	-	29,3	70,7	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	89,0	-	-	-	-	89,0	11,0	100,0
Famiglia e Minori	-	-	0,4	3,5	-	24,0	-	-	27,9	72,1	100,0
Giovani	-	-	0,4	8,0	-	-	-	-	8,4	91,6	100,0
Immigrati	-	-	26,6	15,2	-	0,2	-	-	42,0	58,0	100,0
<i>Indistinti</i>	-	-	-	97,8	2,2	-	-	-	100,0	-	100,0
Multiutenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0
TUTTE LE AREE	-	-	1,1	6,5	0,0	20,1	15,8	-	43,6	56,4	100,0

#### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

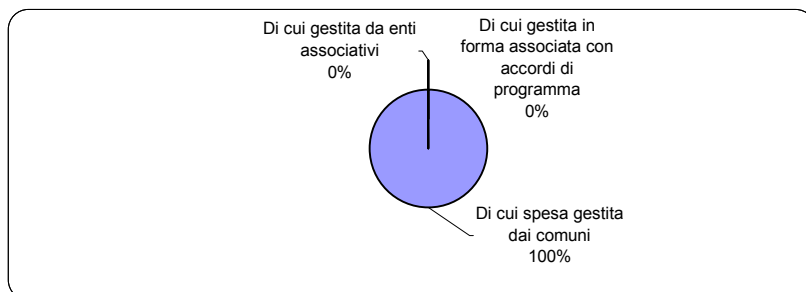
(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.

## BOLOGNA

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

#### NOTA

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'*Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005* sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni.



#### Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	526.000	-	2.050.000	550.000	-	3.126.000	19.173.000	22.299.000
Dipendenze	-	-	-	281.000	-	-	-	-	281.000	470.000	751.000
Disabili	159.000	-	-	821.000	-	650.000	-	2.410.000	4.040.000	5.961.000	10.001.000
Disagio Adulti	-	-	-	1.085.000	-	-	-	-	1.085.000	3.862.000	4.947.000
Famiglia e Minori	-	-	900.000	4.179.000	258.000	4.300.000	-	800.000	10.437.000	51.689.000	62.126.000
Giovani	-	-	-	125.000	-	-	-	-	125.000	60.000	185.000
Immigrati	-	-	239.000	231.000	-	620.000	-	-	1.090.000	3.752.000	4.842.000
<b>Indistinti</b>	-	-	-	<b>2.407.000</b>	-	-	-	<b>30.000</b>	<b>2.437.000</b>	<b>- 2.437.000</b>	<b>-</b>
Multiutenza	-	-	-	-	37.000	-	-	-	37.000	2.442.000	2.479.000
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>159.000</b>	<b>-</b>	<b>1.139.000</b>	<b>9.655.000</b>	<b>295.000</b>	<b>7.620.000</b>	<b>550.000</b>	<b>3.240.000</b>	<b>22.658.000</b>	<b>84.972.000</b>	<b>107.630.000</b>

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	2,4	-	9,2	2,5	-	14,0	86,0	100,0
Dipendenze	-	-	-	37,4	-	-	-	-	37,4	62,6	100,0
Disabili	1,6	-	-	8,2	-	6,5	-	24,1	40,4	59,6	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	21,9	-	-	-	-	21,9	78,1	100,0
Famiglia e Minori	-	-	1,4	6,7	0,4	6,9	-	1,3	16,8	83,2	100,0
Giovani	-	-	-	67,6	-	-	-	-	67,6	32,4	100,0
Immigrati	-	-	4,9	4,8	-	12,8	-	-	22,5	77,5	100,0
<b>Indistinti</b>											
Multiutenza	-	-	-	-	1,5	-	-	-	1,5	98,5	100,0
TOTALE BOLOGNA	0,1	-	1,1	9,0	0,3	7,1	0,5	3,0	21,1	78,9	100,0

#### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.

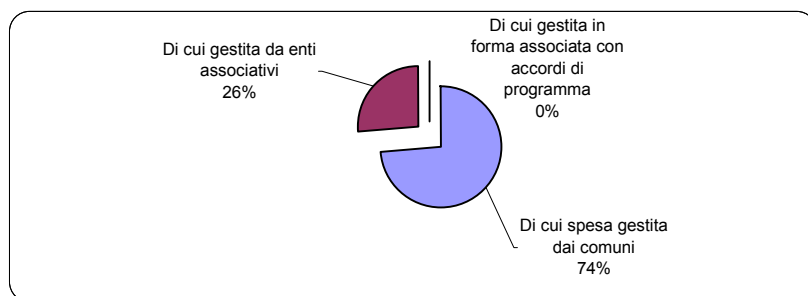
## CASALECCHIO DI RENO (BOLOGNA)

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
ANZIANI	7.195.028	5.811.243	80,8	1.383.785	19,2	-	-
DIPENDENZE	212.321	1.000	0,5	211.321	99,5	-	-
DISABILI	4.422.579	824.282	18,6	3.598.297	81,4	-	-
DISAGIO ADULTI	317.282	265.125	83,6	52.157	16,4	-	-
FAMIGLIA E MINORI	11.024.003	9.676.974	87,8	1.347.029	12,2	-	-
GIOVANI	827.274	540.000	65,3	287.274	34,7	-	-
IMMIGRATI	321.112	321.112	100,0	-	-	-	-
MULTIUTENZA	2.652.041	2.451.038	92,4	201.003	7,6	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>26.971.640</b>	<b>19.890.774</b>	<b>73,7</b>	<b>7.080.866</b>	<b>26,3</b>	-	-

#### NOTA

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni.



### ELENCO INTERVENTI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA NELLA ZONA: PER OGNI TIPOLOGIA DI INTERVENTO SI FORNISCE LA SPESA LORDA COMPLESSIVAMENTE SOSTENUTA DALLA ZONA, LA QUOTA PARTE GESTITA IN FORMA ASSOCIATA E LA QUOTA PARTE GESTITA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Area	Tipo di Intervento	Sezioni	Descrizione delle Sezioni	Totale Spesa lorda di Zona per interventi elencati	Di cui gestita da Enti Associativi	Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	Quota di spesa gestita direttamente dai Comuni per interventi elencati
Anziani	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	122.384,00	100.384,00	-	22.000,00
Anziani	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	197.268,00	4.855,00	-	192.413,00
Anziani	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	2.173.526,00	727.593,00	-	1.445.933,00
Anziani	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	1.218.189,00	81.198,00	-	1.136.991,00
Anziani	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	2.729.312,00	469.755,00	-	2.259.557,00
			Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	52.266,00	52.266,00	-	-
Dipendenze	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	160.055,00	159.055,00	-	1.000,00
Disabili	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	134.965,00	134.965,00	-	-
Disabili	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	393.787,00	190.736,00	-	203.051,00
			Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	1.325.534,00	879.841,00	-	445.693,00
Disabili	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	146.668,00	91.649,00	-	55.019,00
Disabili	Interventi e servizi	E	Servizi di supporto	119.089,00	99.533,00	-	19.556,00
Disabili	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	642.235,00	584.872,00	-	57.363,00
Disabili	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	1.036.681,00	993.081,00	-	43.600,00
Disabili	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	623.620,00	623.620,00	-	-
Disagio adulti	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	57.817,00	52.157,00	-	5.660,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	334.348,00	274.313,00	-	60.035,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	192.523,00	91.512,00	-	101.011,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	E	Servizi di supporto	243.966,00	23.665,00	-	220.301,00
Famiglia e minori	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	3.600.120,00	957.539,00	-	2.642.581,00
Giovani	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	727.268,00	249.854,00	-	477.414,00
Giovani	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	100.006,00	37.420,00	-	62.586,00
Multiutenza	Interventi e servizi	N	Azioni di sistema e spese di organizzazione	2.151.364,00	201.003,00	-	1.950.361,00
<b>TOTALE PER GLI INTERVENTI ELENCATI</b>				<b>18.482.991,00</b>	<b>7.080.866,00</b>		<b>11.402.125,00</b>

## Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	9.525	89.177	-	2.680.769	1.376.549	-	4.156.020	3.572.788	7.728.808
Dipendenze	-	-	-	98.118	-	-	-	-	98.118	156.237	254.355
Disabili	5.000	-	1.058	83.263	68.049	26.532	1.252.875	2.600	1.439.377	3.711.536	5.150.913
Disagio Adulti	-	-	-	47.090	-	-	-	-	47.090	296.719	343.809
Famiglia e Minori	5.500	-	143.688	1.577.609	510.512	2.740.743	105.122	31.750	5.114.924	7.849.381	12.964.305
Giovani	-	-	-	34.305	-	6.000	22.452	-	62.757	628.341	691.098
Immigrati	-	-	-	71.296	8.633	6.600	-	-	86.529	267.851	354.380
<b>Indistinti</b>	-	-	-	<b>1.148.230</b>	<b>64.611</b>	-	-	-	<b>1.212.841</b>	<b>1.007.767</b>	<b>205.074</b>
Multiutenza	-	-	-	-	-	-	-	64.623	64.623	2.592.598	2.657.221
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>10.500</b>	<b>-</b>	<b>154.271</b>	<b>3.149.088</b>	<b>651.805</b>	<b>5.460.644</b>	<b>2.756.998</b>	<b>98.973</b>	<b>12.282.279</b>	<b>18.067.684</b>	<b>30.349.963</b>

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	0,1	1,2	-	34,7	17,8	-	53,8	46,2	100,0
Dipendenze	-	-	-	38,6	-	-	-	-	38,6	61,4	100,0
Disabili	0,1	-	0,0	1,6	1,3	0,5	24,3	0,1	27,9	72,1	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	13,7	-	-	-	-	13,7	86,3	100,0
Famiglia e Minori	0,0	-	1,1	12,2	3,9	21,1	0,8	0,2	39,5	60,5	100,0
Giovani	-	-	-	5,0	-	0,9	3,2	-	9,1	90,9	100,0
Immigrati	-	-	-	20,1	2,4	1,9	-	-	24,4	75,6	100,0
<b>Indistinti</b>	-	-	-	<b>559,9</b>	<b>31,5</b>	-	-	-	<b>591,4</b>	<b>-491,4</b>	<b>100,0</b>
Multiutenza	-	-	-	-	-	-	-	2,4	2,4	97,6	100,0
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>0,0</b>	<b>-</b>	<b>0,5</b>	<b>10,4</b>	<b>2,1</b>	<b>18,0</b>	<b>9,1</b>	<b>0,3</b>	<b>40,5</b>	<b>59,5</b>	<b>100,0</b>

### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.

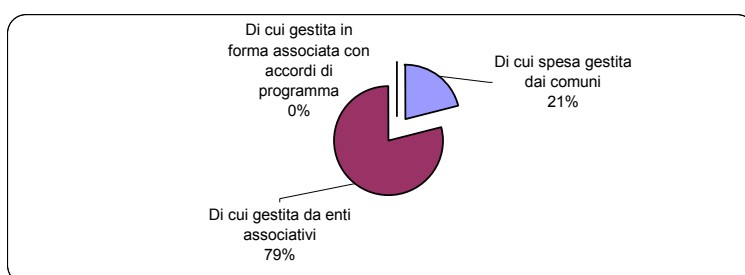
## COPPARO-CENTRO NORD (FERRARA)

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
		ANZIANI	4.253.262	129.227	3,0	4.124.035	97,0
DIPENDENZE	27.053	-	-	27.053	100,0	-	-
DISABILI	1.387.392	63.740	4,6	1.323.652	95,4	-	-
DISAGIO ADULTI	186.278	33.978	18,2	152.300	81,8	-	-
FAMIGLIA E MINORI	1.883.394	1.345.894	71,5	537.500	28,5	-	-
GIOVANI	15.494	-	-	15.494	100,0	-	-
IMMIGRATI	6.622	3.972	60,0	2.650	40,0	-	-
MULTIUTENZA	385.025	137.744	35,8	247.281	64,2	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>8.144.520</b>	<b>1.714.555</b>	<b>21,1</b>	<b>6.429.965</b>	<b>78,9</b>	-	-

#### NOTA

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni.



### ELENCO INTERVENTI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA NELLA ZONA: PER OGNI TIPOLOGIA DI INTERVENTO SI FORNISCE LA SPESA LORDA COMPLESSIVAMENTE SOSTENUTA DALLA ZONA, LA QUOTA PARTE GESTITA IN FORMA ASSOCIATA E LA QUOTA PARTE GESTITA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Area	Tipo di Intervento	Sezioni	Descrizione delle Sezioni	Totale Spesa lorda di Zona per interventi elencati	Di cui gestita da Enti Associativi	Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	Quota di spesa gestita direttamente dai Comuni per interventi elencati
Anziani	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	71.180,00	70.400,00	-	780,00
Anziani	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	423.888,00	423.888,00	-	-
Anziani	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	73.225,00	8.000,00	-	65.225,00
Anziani	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	203.932,00	203.932,00	-	-
Anziani	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	3.421.815,00	3.417.815,00	-	4.000,00
Dipendenze	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	9.053,00	9.053,00	-	-
Dipendenze	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	18.000,00	18.000,00	-	-
Disabili	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	38.000,00	38.000,00	-	-
Disabili	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	18.452,00	13.100,00	-	5.352,00
Disabili	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	180.785,00	146.000,00	-	34.785,00
Disabili	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	38.809,00	38.809,00	-	-
Disabili	Interventi e servizi	E	Servizi di supporto	13.052,00	6.500,00	-	6.552,00
Disabili	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	96.025,00	78.974,00	-	17.051,00
Disabili	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	166.800,00	166.800,00	-	-
Disabili	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	835.469,00	835.469,00	-	-
Disagio adulti	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	37.080,00	36.300,00	-	780,00
Disagio adulti	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	68.000,00	68.000,00	-	-
Disagio adulti	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	23.000,00	23.000,00	-	-
Disagio adulti	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	58.198,00	25.000,00	-	33.198,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	101.315,00	100.795,00	-	520,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	54.559,00	18.000,00	-	36.559,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	31.747,00	30.205,00	-	1.542,00
Famiglia e minori	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	310.703,00	166.500,00	-	144.203,00
Famiglia e minori	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	222.000,00	222.000,00	-	-
Giovani	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	15.494,00	15.494,00	-	-
Immigrati	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	2.910,00	2.650,00	-	260,00
Multiutenza	Interventi e servizi	L	Segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi	242.811,00	160.301,00	-	82.510,00
Multiutenza	Interventi e servizi	N	Azioni di sistema e spese di organizzazione	142.214,00	86.980,00	-	55.234,00
<b>TOTALE PER GLI INTERVENTI ELENCATI</b>				<b>6.918.516,00</b>	<b>6.429.965,00</b>		<b>488.551,00</b>

## Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	79.723	-	2.000.271	1.398.100	-	3.478.094	107.092	3.585.186
Dipendenze	-	-	-	18.053	-	-	-	-	18.053	-	18.053
Disabili	47.736	-	-	21.600	7.113	120.100	610.197	-	806.746	208.081	1.014.827
Disagio Adulti	-	-	-	13.517	-	11.500	-	-	25.017	16.961	41.978
Famiglia e Minori	-	-	35.409	79.009	75.442	181.522	-	2.700	374.082	1.044.973	1.419.055
Giovani	-	-	-	15.494	-	-	-	-	15.494	-	15.494
Immigrati	-	-	-	1.515	-	-	-	-	1.515	2.457	3.972
<i>Indistinti</i>	5.296	-	-	614.519	-	-	-	-	619.815	1.570.831	2.190.646
Multiutenza	-	-	-	25.830	-	-	-	-	25.830	137.744	163.574
TUTTE LE AREE	53.032	-	35.409	869.260	82.555	2.313.393	2.008.297	2.700	5.364.646	3.088.139	8.452.785

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	2,2	-	55,8	39,0	-	97,0	3,0	100,0
Dipendenze	-	-	-	100,0	-	-	-	-	100,0	-	100,0
Disabili	4,7	-	-	2,1	0,7	11,8	60,1	-	79,5	20,5	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	32,2	-	27,4	-	-	59,6	40,4	100,0
Famiglia e Minori	-	-	2,5	5,6	5,3	12,8	-	0,2	26,4	73,6	100,0
Giovani	-	-	-	100,0	-	-	-	-	100,0	-	100,0
Immigrati	-	-	-	38,1	-	-	-	-	38,1	61,9	100,0
<i>Indistinti</i>	0,2	-	-	28,1	-	-	-	-	28,3	71,7	100,0
Multiutenza	-	-	-	15,8	-	-	-	-	15,8	84,2	100,0
TUTTE LE AREE	0,6	-	0,4	10,3	1,0	27,4	23,8	0,0	63,5	36,5	100,0

### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.



## FERRARA-CENTRO NORD

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
		ANZIANI	16.252.267	16.252.267	100,0	-	-
DIPENDENZE	187.322	187.322	100,0	-	-	-	-
DISABILI	5.243.995	5.243.995	100,0	-	-	-	-
DISAGIO ADULTI	1.204.965	1.204.965	100,0	-	-	-	-
FAMIGLIA E MINORI	13.292.485	13.292.485	100,0	-	-	-	-
GIOVANI	389.303	389.303	100,0	-	-	-	-
IMMIGRATI	318.465	318.465	100,0	-	-	-	-
MULTIUTENZA	3.284.418	3.284.418	100,0	-	-	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>40.173.220</b>	<b>40.173.220</b>	<b>100,0</b>	-	-	-	-

#### NOTA

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni.



### Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	231.833	-	631.483	11.256.500	-	12.119.816	3.935.040	16.054.856
Dipendenze	-	10.000	-	211.971	-	-	-	15.000	236.971	-	236.971
Disabili	-	-	98.130	309.354	131.573	166.806	2.303.550	-	3.009.413	2.128.205	5.137.618
Disagio Adulti	-	-	-	426.036	-	-	-	89.670	515.706	643.092	1.158.798
Famiglia e Minori	-	-	-	2.269.305	222.049	175.653	-	300.000	2.967.007	9.925.478	12.892.485
Giovani	-	-	-	126.459	11.830	6.140	-	-	144.429	241.394	385.823
Immigrati	-	-	-	158.036	250	-	-	-	158.286	135.919	294.205
<i>Indistinti</i>	-	-	-	<i>821.928</i>	-	-	-	-	<i>821.928</i>	<i>42.100</i>	<i>864.028</i>
Multiutenza	-	-	-	-	32.088	-	-	-	32.088	3.052.330	3.084.418
<b>TUTTE LE AREE</b>	-	10.000	98.130	4.554.922	397.790	980.082	13.560.050	404.670	20.005.644	20.103.558	40.109.202

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	1,4	-	3,9	70,1	-	75,5	24,5	100,0
Dipendenze	-	4,2	-	89,5	-	-	-	6,3	100,0	-	100,0
Disabili	-	-	1,9	6,0	2,6	3,2	44,8	-	58,6	41,4	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	36,8	-	-	-	7,7	44,5	55,5	100,0
Famiglia e Minori	-	-	-	17,6	1,7	1,4	-	2,3	23,0	77,0	100,0
Giovani	-	-	-	32,8	3,1	1,6	-	-	37,4	62,6	100,0
Immigrati	-	-	-	53,7	0,1	-	-	-	53,8	46,2	100,0
<i>Indistinti</i>	-	-	-	<i>95,1</i>	-	-	-	-	<i>95,1</i>	<i>4,9</i>	<i>100,0</i>
Multiutenza	-	-	-	-	1,0	-	-	-	1,0	99,0	100,0
TUTTE LE AREE	-	0,0	0,2	11,4	1,0	2,4	33,8	1,0	49,9	50,1	100,0

#### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.

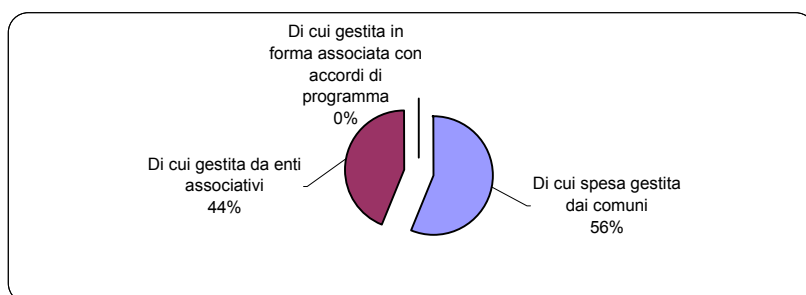
## CESENA-VALLE SAVIO (FORLÌ-CESENA)

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
ANZIANI	8.628.858	3.520.583	40,8	5.108.275	59,2	-	-
DIPENDENZE	79.748	79.748	100,0	-	-	-	-
DISABILI	3.191.995	872.717	27,3	2.319.278	72,7	-	-
DISAGIO ADULTI	136.211	136.211	100,0	-	-	-	-
FAMIGLIA E MINORI	5.678.378	4.688.843	82,6	989.535	17,4	-	-
GIOVANI	125.442	125.442	100,0	-	-	-	-
IMMIGRATI	250.600	250.600	100,0	-	-	-	-
MULTIUTENZA	1.157.658	1.116.465	96,4	41.193	3,6	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>19.248.890</b>	<b>10.790.609</b>	<b>56,1</b>	<b>8.458.281</b>	<b>43,9</b>	-	-

#### NOTA

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni.



### ELENCO INTERVENTI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA NELLA ZONA: PER OGNI TIPOLOGIA DI INTERVENTO SI FORNISCE LA SPESA LORDA COMPLESSIVAMENTE SOSTENUTA DALLA ZONA, LA QUOTA PARTE GESTITA IN FORMA ASSOCIATA E LA QUOTA PARTE GESTITA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Area	Tipo di Intervento	Sezioni	Descrizione delle Sezioni	Totale Spesa lorda di Zona per interventi elencati	Di cui gestita da Enti Associativi	Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	Quota di spesa gestita direttamente dai Comuni per interventi elencati
Anziani	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	209.947,00	62.467,00	-	147.480,00
Anziani	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	1.050.396,00	533.462,00	-	516.934,00
Anziani	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	378.739,00	114.100,00	-	264.639,00
Anziani	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	5.771.142,00	4.398.246,00	-	1.372.896,00
Disabili	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	26.035,00	25.747,00	-	288,00
Disabili	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	924.436,00	173.817,00	-	750.619,00
Disabili	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	96.654,00	89.417,00	-	7.237,00
Disabili	Interventi e servizi	E	Servizi di supporto	102.111,00	38.647,00	-	63.464,00
Disabili	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	911.361,00	911.361,00	-	-
Disabili	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	1.071.455,00	1.071.455,00	-	-
Disabili	Strutture	I	Pronto intervento sociale	8.834,00	8.834,00	-	-
Famiglia e minori	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	510.813,00	390.813,00	-	120.000,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	72.800,00	72.800,00	-	-
Famiglia e minori	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	1.386.388,00	52.000,00	-	1.334.388,00
Famiglia e minori	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	2.984.582,00	191.354,00	-	2.793.228,00
Famiglia e minori	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	299.114,00	278.568,00	-	20.546,00
Famiglia e minori	Strutture	I	Pronto intervento sociale	4.000,00	4.000,00	-	-
Multitutenza	Interventi e servizi	N	Azioni di sistema e spese di organizzazione	1.126.658,00	41.193,00	-	1.085.465,00
<b>TOTALE PER GLI INTERVENTI ELENCATI</b>				<b>16.935.465,00</b>	<b>8.458.281,00</b>		<b>8.477.184,00</b>

## Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	57.593	-	1.296.980	5.540.724	15.494	6.910.791	1.723.376	8.634.167
Dipendenze	-	-	-	72.748	-	-	-	-	72.748	7.000	79.748
Disabili	-	-	-	38.425	4.000	247.825	1.440.697	-	1.730.947	1.792.527	3.523.474
Disagio Adulti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	136.211	136.211
Famiglia e Minori	-	-	-	1.013.090	171.140	819.109	326.702	56.811	2.386.852	3.528.991	5.915.843
Giovani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	131.664	131.664
Immigrati	30.988	-	-	100.000	-	-	-	-	130.988	119.612	250.600
<b>Indistinti</b>	-	-	-	<b>937.683</b>	-	-	-	-	<b>937.683</b>	-	<b>870.177</b>
Multiutenza	-	-	-	40.102	3.461	-	-	1.000	44.563	1.045.565	1.090.128
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>30.988</b>	-	-	<b>2.259.641</b>	<b>178.601</b>	<b>2.363.914</b>	<b>7.308.123</b>	<b>73.305</b>	<b>12.214.572</b>	<b>7.614.769</b>	<b>19.829.341</b>

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	0,7	-	15,0	64,2	0,2	80,0	20,0	100,0
Dipendenze	-	-	-	91,2	-	-	-	-	91,2	8,8	100,0
Disabili	-	-	-	1,1	0,1	7,0	40,9	-	49,1	50,9	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0
Famiglia e Minori	-	-	-	17,1	2,9	13,8	5,5	1,0	40,3	59,7	100,0
Giovani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0
Immigrati	12,4	-	-	39,9	-	-	-	-	52,3	47,7	100,0
<b>Indistinti</b>	-	-	-	<b>1.389,0</b>	-	-	-	-	<b>1.389,0</b>	-	<b>1.289,0</b>
Multiutenza	-	-	-	3,7	0,3	-	-	0,1	4,1	95,9	100,0
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>0,2</b>	-	-	<b>11,4</b>	<b>0,9</b>	<b>11,9</b>	<b>36,9</b>	<b>0,4</b>	<b>61,6</b>	<b>38,4</b>	<b>100,0</b>

### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.

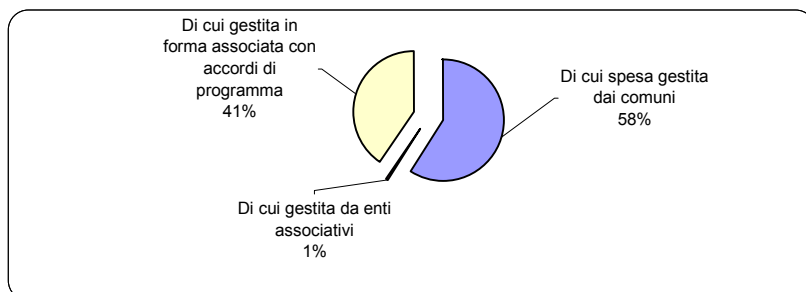
## FORLÌ (FORLÌ-CESENA)

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
ANZIANI	21.789.759	12.934.774	59,4	42.518	0,2	8.812.467	40,4
DIPENDENZE	140.065	87.065	62,2	-	-	53.000	37,8
DISABILI	7.338.401	1.041.928	14,2	-	-	6.296.473	85,8
DISAGIO ADULTI	902.527	902.527	100,0	-	-	-	-
FAMIGLIA E MINORI	11.458.875	9.143.613	79,8	126.148	1,1	2.189.114	19,1
GIOVANI	207.745	184.627	88,9	23.118	11,1	-	-
IMMIGRATI	587.643	555.206	94,5	32.437	5,5	-	-
MULTIUTENZA	326.229	326.229	100,0	-	-	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>42.751.244</b>	<b>25.175.969</b>	<b>58,9</b>	<b>224.221</b>	<b>0,5</b>	<b>17.351.054</b>	<b>40,6</b>

#### NOTA

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni.



### ELENCO INTERVENTI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA NELLA ZONA: PER OGNI TIPOLOGIA DI INTERVENTO SI FORNISCE LA SPESA LORDA COMPLESSIVAMENTE SOSTENUTA DALLA ZONA, LA QUOTA PARTE GESTITA IN FORMA ASSOCIATA E LA QUOTA PARTE GESTITA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Area	Tipo di Intervento	Sezioni	Descrizione delle Sezioni	Totale Spesa lorda di Zona per interventi elencati	Di cui gestita da Enti Associativi	Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	Quota di spesa gestita direttamente dai Comuni per interventi elencati
Anziani	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	102.921,00	1.300,00	-	101.621,00
Anziani	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	3.469.766,00	16.000,00	1.486.596,00	1.967.170,00
Anziani	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	1.074.590,00	25.218,00	-	1.049.372,00
Anziani	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	826.740,00	-	218.775,00	607.965,00
Anziani	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	15.743.647,00	-	7.107.096,00	8.636.551,00
			Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo				
Dipendenze	Interventi e servizi	C	Integrazione sociale	38.000,00	-	38.000,00	-
Dipendenze	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	15.000,00	-	15.000,00	-
Disabili	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	183.588,00	-	183.588,00	-
Disabili	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	352.066,00	-	352.066,00	-
Disabili	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	99.327,00	-	38.000,00	61.327,00
Disabili	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	2.848.229,00	-	2.654.774,00	193.455,00
Disabili	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	3.068.045,00	-	3.068.045,00	-
Famiglia e minori	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	2.228.713,00	5.000,00	319.000,00	1.904.713,00
Famiglia e minori	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	6.609.610,00	121.148,00	90.000,00	6.398.462,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	941.984,00	-	602.114,00	339.870,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	493.430,00	-	133.000,00	360.430,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	269.297,00	-	195.000,00	74.297,00
Famiglia e minori	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	854.500,00	-	850.000,00	4.500,00
Giovani	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	188.045,00	23.118,00	-	164.927,00
Immigrati	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	248.734,00	32.437,00	-	216.297,00
<b>TOTALE PER GLI INTERVENTI ELENCATI</b>				<b>39.656.232,00</b>	<b>224.221,00</b>	<b>17.351.054,00</b>	<b>22.080.957,00</b>

## Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	230.890	31.293	10.500	301.899	-	5.253.529	11.646.704	420.000	17.894.815	151.750	18.046.565
Dipendenze	-	-	-	115.430	-	-	-	-	115.430	-	115.430
Disabili	40.941	84.000	-	191.442	37.046	645.000	3.945.000	-	4.943.429	46.183	4.989.612
Disagio Adulti	-	5.300	-	194.850	-	42.000	-	-	242.150	1.315	243.465
Famiglia e Minori	-	-	-	1.873.794	356.257	1.394.850	55.000	-	3.679.901	285.677	3.965.578
Giovani	-	-	-	67.168	15.200	-	-	-	82.368	16.227	98.595
Immigrati	-	159.628	162.918	109.481	12.000	15.840	8.000	-	467.867	8.861	476.728
<i>Indistinti</i>	-	-	-	<i>1.539.289</i>	-	-	-	-	<i>1.539.289</i>	<i>13.158.458</i>	<i>14.697.747</i>
Multiutenza	-	-	-	86.525	29.000	-	-	-	115.525	2.000	117.525
TUTTE LE AREE	271.831	280.221	173.418	4.479.878	449.503	7.351.219	15.654.704	420.000	29.080.774	13.670.471	42.751.245

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	1,3	0,2	0,1	1,7	-	29,1	64,5	2,3	99,2	0,8	100,0
Dipendenze	-	-	-	100,0	-	-	-	-	100,0	-	100,0
Disabili	0,8	1,7	-	3,8	0,7	12,9	79,1	-	99,1	0,9	100,0
Disagio Adulti	-	2,2	-	80,0	-	17,3	-	-	99,5	0,5	100,0
Famiglia e Minori	-	-	-	47,3	9,0	35,2	1,4	-	92,8	7,2	100,0
Giovani	-	-	-	68,1	15,4	-	-	-	83,5	16,5	100,0
Immigrati	-	33,5	34,2	23,0	2,5	3,3	1,7	-	98,1	1,9	100,0
<i>Indistinti</i>	-	-	-	<i>10,5</i>	-	-	-	-	<i>10,5</i>	<i>89,5</i>	<i>100,0</i>
Multiutenza	-	-	-	73,6	24,7	-	-	-	98,3	1,7	100,0
TUTTE LE AREE	0,6	0,7	0,4	10,5	1,1	17,2	36,6	1,0	68,0	32,0	100,0

### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.

## LUGO (RAVENNA)

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
ANZIANI	5.522.058	5.196.913	94,1	325.145	5,9	-	-
DIPENDENZE	235.240	32.240	13,7	203.000	86,3	-	-
DISABILI	2.925.913	228.398	7,8	2.697.515	92,2	-	-
DISAGIO ADULTI	375.738	121.867	32,4	253.871	67,6	-	-
FAMIGLIA E MINORI	8.470.041	7.693.641	90,8	776.400	9,2	-	-
GIOVANI	339.495	304.880	89,8	34.615	10,2	-	-
IMMIGRATI	295.402	205.569	69,6	89.833	30,4	-	-
MULTIUTENZA	819.745	673.383	82,1	146.362	17,9	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>18.983.632</b>	<b>14.456.891</b>	<b>76,2</b>	<b>4.526.741</b>	<b>23,8</b>	-	-

#### NOTA

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni.

### ELENCO INTERVENTI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA NELLA ZONA: PER OGNI TIPOLOGIA DI INTERVENTO SI FORNISCE LA SPESA LORDA COMPLESSIVAMENTE SOSTENUTA DALLA ZONA, LA QUOTA PARTE GESTITA IN FORMA ASSOCIATA E LA QUOTA PARTE GESTITA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Area	Tipo di Intervento	Sezioni	Descrizione delle Sezioni	Totale Spesa lorda di Zona per interventi elencati	Di cui gestita da Enti Associativi	Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	Quota di spesa gestita direttamente dai Comuni per interventi elencati
Anziani	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	163.182,00	159.682,00		3.500,00
Anziani	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	1.640.580,00	165.463,00		1.475.117
Dipendenze	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	32.000,00	32.000,00		-
Dipendenze	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	171.240,00	143.000,00		28.240
Dipendenze	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	32.000,00	28.000,00		4.000
Disabili	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	210.129,00	210.129,00		-
Disabili	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	19.414,00	5.000,00		14.414
Disabili	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	711.245,00	704.745,00		6.500
Disabili	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	130.193,00	87.070,00		43.123
Disabili	Interventi e servizi	E	Servizi di supporto	346.869,00	338.689,00		8.180
Disabili	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	766.757,00	665.576,00		101.181
Disabili	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	563.012,00	508.012,00		55.000
Disabili	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	178.294,00	178.294,00		-
Disagio adulti	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	50.174,00	50.174,00		-
Disagio adulti	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	46.021,00	10.251,00		35.770
Disagio adulti	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	33.935,00	33.935,00		-
Disagio adulti	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	240.008,00	159.511,00		80.497
Famiglia e minori	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	990.353,00	262.038,00		728.315
Famiglia e minori	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	3.000,00	3.000,00		-
Famiglia e minori	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	1.286.909,00	445.723,00		841.186
Famiglia e minori	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	6.053.744,00	65.639,00		5.988.105
Giovani	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	68.122,00	34.615,00		33.507
Immigrati	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	71.135,00	48.415,00		22.720
Immigrati	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	170.965,00	41.418,00		129.547
Multiutenza	Interventi e servizi	N	Azioni di sistema e spese di organizzazione	661.368,00	146.362,00		515.006
<b>TOTALE PER GLI INTERVENTI ELENCATI</b>				<b>14.640.649,00</b>	<b>4.526.741,00</b>		<b>10.113.908</b>

## Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	600	-	-	155.824	-	2.302.271	1.178.477	17.000	3.654.172	1.762.027	5.416.199
Dipendenze	-	-	-	47.749	-	-	80.248	44.000	171.997	28.240	200.237
Disabili	-	-	-	153.809	-	261.042	754.181	-	1.169.032	154.549	1.323.581
Disagio Adulti	-	-	-	56.896	-	2.000	1.595	-	60.491	108.533	169.024
Famiglia e Minori	6.600	-	50.246	782.963	150.724	1.940.041	73.954	5.000	3.009.528	4.839.403	7.848.931
Giovani	-	-	-	45.484	1.085	-	-	-	46.569	269.042	315.611
Immigrati	-	-	-	65.329	14.926	2.500	10.206	3.500	96.461	114.924	211.385
<i>Indistinti</i>	-	-	<i>67.466</i>	<i>656.161</i>	<i>400.938</i>	-	-	<i>37.111</i>	<i>1.161.676</i>	<i>1.663.604</i>	<i>2.825.280</i>
Multiutenza	-	-	-	-	14.027	-	-	1.500	15.527	657.857	673.384
TUTTE LE AREE	7.200	-	117.712	1.964.215	581.700	4.507.854	2.098.661	108.111	9.385.453	9.598.179	18.983.632

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	0,0	-	-	2,9	-	42,5	21,8	0,3	67,5	32,5	100,0
Dipendenze	-	-	-	23,8	-	-	40,1	22,0	85,9	14,1	100,0
Disabili	-	-	-	11,6	-	19,7	57,0	-	88,3	11,7	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	33,7	-	1,2	0,9	-	35,8	64,2	100,0
Famiglia e Minori	0,1	-	0,6	10,0	1,9	24,7	0,9	0,1	38,3	61,7	100,0
Giovani	-	-	-	14,4	0,3	-	-	-	14,8	85,2	100,0
Immigrati	-	-	-	30,9	7,1	1,2	4,8	1,7	45,6	54,4	100,0
<i>Indistinti</i>	-	-	<i>2,4</i>	<i>23,2</i>	<i>14,2</i>	-	-	<i>1,3</i>	<i>41,1</i>	<i>58,9</i>	<i>100,0</i>
Multiutenza	-	-	-	-	2,1	-	-	0,2	2,3	97,7	100,0
TUTTE LE AREE	0,0	-	0,6	10,3	3,1	23,7	11,1	0,6	49,4	50,6	100,0

### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.



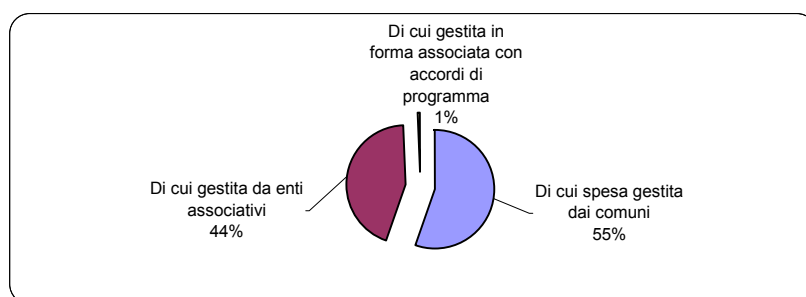
## RICCIONE (RIMINI SUD)

### Spesa sociale lorda complessiva aggregata per area.

AREE	Spesa sociale lorda complessiva	Di cui spesa gestita dai comuni		Di cui gestita da enti associativi		Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	
		ass	%	ass	%	ass	%
ANZIANI	8.460.219	3.909.228	46,2	4.550.991	53,8	-	-
DIPENDENZE	462.658	29.807	6,4	417.565	90,3	15.286	3,3
DISABILI	4.336.819	722.598	16,7	3.554.934	82,0	59.287	1,4
DISAGIO ADULTI	1.892.186	166.704	8,8	1.725.482	91,2	-	-
FAMIGLIA E MINORI	10.352.407	8.695.696	84,0	1.614.333	15,6	42.378	0,4
GIOVANI	218.866	185.426	84,7	13.183	6,0	20.257	9,3
IMMIGRATI	159.978	159.978	100,0	-	-	-	-
MULTIUTENZA	970.028	964.528	99,4	5.500	0,6	-	-
<b>TUTTE LE AREE</b>	<b>26.853.161</b>	<b>14.833.965</b>	<b>55,2</b>	<b>11.881.988</b>	<b>44,2</b>	<b>137.208</b>	<b>0,5</b>

#### NOTA

(1) Spesa sociale lorda complessiva: spesa sociale rilevata attraverso l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Programma attuativo 2005 sostenuta per gli interventi rilevati; a fronte di questa spesa vengono rilevate nella tabella 3b le risorse derivanti da entrate e da risorse proprie dei Comuni.



### ELENCO INTERVENTI GESTITI IN FORMA ASSOCIATA NELLA ZONA: PER OGNI TIPOLOGIA DI INTERVENTO SI FORNISCE LA SPESA LORDA COMPLESSIVAMENTE SOSTENUTA DALLA ZONA, LA QUOTA PARTE GESTITA IN FORMA ASSOCIATA E LA QUOTA PARTE GESTITA DIRETTAMENTE DAI COMUNI

Area	Tipo di Intervento	Sezioni	Descrizione delle Sezioni	Totale Spesa lorda di Zona per interventi elencati	Di cui gestita da Enti Associativi	Di cui gestita in forma associata con accordi di programma	Quota di spesa gestita direttamente dai Comuni per interventi elencati
Anziani	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	67.800,00	67.800,00	-	-
Anziani	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	399.711,00	31.842,00	-	367.869,00
Anziani	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	1.157.695,00	1.076.168,00	-	81.527,00
Anziani	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	117.860,00	82.375,00	-	35.485,00
Anziani	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	6.248.603,00	3.292.806,00	-	2.955.797,00
Dipendenze	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	167.565,00	167.565,00	-	-
Dipendenze	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	250.000,00	250.000,00	-	-
Dipendenze	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	42.556,00	-	15.286,00	27.270,00
Disabili	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	67.800,00	67.800,00	-	-
			Interventi e servizi educativo assistenziali e per				
			l'inserimento lavorativo	904.651,00	456.524,00	59.287,00	388.840,00
Disabili	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	279.510,00	230.680,00	-	48.830,00
Disabili	Interventi e servizi	E	Servizi di supporto	270.616,00	231.496,00	-	39.120,00
Disabili	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	319.028,00	111.960,00	-	207.068,00
Disabili	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	869.406,00	854.906,00	-	14.500,00
Disabili	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	1.601.568,00	1.601.568,00	-	-
Disagio adulti	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	67.080,00	67.080,00	-	-
			Interventi e servizi educativo assistenziali e per				
			l'inserimento lavorativo	428.884,00	428.884,00	-	-
Disagio adulti	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	9.270,00	9.270,00	-	-
Disagio adulti	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	105.816,00	600,00	-	105.216,00
Disagio adulti	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	304.914,00	304.914,00	-	-
Disagio adulti	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	914.734,00	914.734,00	-	-
Famiglia e minori	Interventi e servizi	A	Attività di servizio sociale professionale	107.152,00	105.655,00	-	1.497,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	590.249,00	322.113,00	37.378,00	230.758,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	C	Interventi e servizi educativo assistenziali e per l'inserimento lavorativo	342.130,00	236.416,00	5.000,00	100.714,00
Famiglia e minori	Interventi e servizi	D	Assistenza domiciliare	11.533,00	11.533,00	-	-
Famiglia e minori	Interventi e servizi	E	Servizi di supporto	69.126,00	58.504,00	-	10.622,00
Famiglia e minori	Trasferimenti in denaro	F	Trasferimenti in denaro	1.377.965,00	258.975,00	-	1.118.990,00
Famiglia e minori	Strutture	G	Strutture diurne o semi-residenziali	7.509.152,00	276.037,00	-	7.233.115,00
Famiglia e minori	Strutture	H	Strutture comunitarie e residenziali	345.100,00	345.100,00	-	-
Giovani	Interventi e servizi	B	Integrazione sociale	158.826,00	13.183,00	20.257,00	125.386,00
Multitutenza	Interventi e servizi	N	Azioni di sistema e spese di organizzazione	896.578,00	5.500,00	-	891.078,00
<b>TOTALE PER GLI INTERVENTI ELENCATI</b>				<b>26.002.878,00</b>	<b>11.881.988,00</b>	<b>137.208,00</b>	<b>13.983.682,00</b>

## Risorse per area

(valori assoluti)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	81.527	5.000	1.567.249	5.092.775	700	6.747.251	1.249.471	7.996.722
Dipendenze	-	-	-	55.200	-	-	394.565	-	449.765	12.893	462.658
Disabili	-	-	21.050	190.810	23.042	164.723	2.619.836	-	3.019.461	586.234	3.605.695
Disagio Adulti	-	-	-	46.630	18.812	-	1.315.918	-	1.381.360	101.262	1.482.622
Famiglia e Minori	-	-	-	979.120	29.153	1.307.937	214.991	-	2.531.201	6.853.444	9.384.645
Giovani	-	-	-	41.880	-	1.700	-	-	43.580	175.286	218.866
Immigrati	-	-	-	63.227	-	62.843	-	-	126.070	33.908	159.978
<i>Indistinti</i>	-	-	-	<i>772.780</i>	<i>319.028</i>	-	-	-	<i>1.091.808</i>	<i>1.499.120</i>	<i>2.590.928</i>
Multiutenza	-	-	-	-	14.560	-	-	-	14.560	955.468	970.028
TUTTE LE AREE	-	-	21.050	2.231.174	409.595	3.104.452	9.638.085	700	15.405.056	11.467.086	26.872.142

(valori percentuali)

Area	Entrate da Comuni Fuori Zona	Entrate da UE	Entrate Dirette dallo Stato	Entrate da RER	Entrate dalla Provincia	Entrate da Utenti	Entrate da SSN	Donazioni Altre Entrate	Totale Entrate	Risorse Proprie dei Comuni	Totale Risorse
Anziani	-	-	-	1,0	0,1	19,6	63,7	0,0	84,4	15,6	100,0
Dipendenze	-	-	-	11,9	-	-	85,3	-	97,2	2,8	100,0
Disabili	-	-	0,6	5,3	0,6	4,6	72,7	-	83,7	16,3	100,0
Disagio Adulti	-	-	-	3,1	1,3	-	88,8	-	93,2	6,8	100,0
Famiglia e Minori	-	-	-	10,4	0,3	13,9	2,3	-	27,0	73,0	100,0
Giovani	-	-	-	19,1	-	0,8	-	-	19,9	80,1	100,0
Immigrati	-	-	-	39,5	-	39,3	-	-	78,8	21,2	100,0
<i>Indistinti</i>	-	-	-	<i>29,8</i>	<i>12,3</i>	-	-	-	<i>42,1</i>	<i>57,9</i>	<i>100,0</i>
Multiutenza	-	-	-	-	1,5	-	-	-	1,5	98,5	100,0
TUTTE LE AREE	-	-	0,1	8,3	1,5	11,6	35,9	0,0	57,3	42,7	100,0

### NOTA

Fra le risorse sono comprese le entrate:

(1) dal fondo sanitario (SSN): si tratta delle quota parte di spesa socio sanitaria che viene trasferita ai Comuni per l'organizzazione degli interventi rilevati (non rappresenta l'intera spesa del fondo sanitario che viene rilevato con apposita rilevazione). (Es.: integrazione alle rette per i non autosufficienti);

(2) dagli utenti: si tratta delle contribuzione dell'utenza per l'organizzazione degli interventi rilevati.











