



Comune di Castel San Giovanni

# PIANO DI ZONA TRIENNALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2009 – 2011



## DISTRETTO DI PONENTE

## INDICE

Premessa.....	Pag.4
Capo I - Gli attori ed il percorso di costruzione del Piano.....	Pag.5
Capo II - I bisogni della popolazione emergenti dal Profilo di Comunità ed il confronto con i servizi e le risorse disponibili.....	Pag.9
1. Profilo demografico del territorio: struttura e dinamica della popolazione residente.....	Pag.10
2. Profilo demografico del territorio: la popolazione immigrata straniera.....	Pag.17
3. Profilo demografico del territorio: le tipologie familiari nel Distretto di Ponente.....	Pag.22
4. Profilo socio-economico del territorio: istruzione e scolarità.....	Pag.25
5. Profilo socio-economico del territorio: dimensione e composizione della forza lavoro.....	Pag.29
6. Area “Responsabilità familiari, infanzia, adolescenza e giovani”...	Pag.37
6.1 <i>Introduzione</i> .....	Pag.37
6.2 <i>Area infanzia e adolescenza, giovani</i> .....	Pag.39
6.3 <i>Area responsabilità familiari</i> .....	Pag.44
6.4 <i>Area minori: obiettivi di integrazione gestionale e professionale</i> .....	Pag.50
7. Area “Adulti” .....	Pag.51
7.1 <i>Introduzione</i> .....	Pag.51
7.2 <i>Immigrazione, asilo, lotta alla tratta</i> .....	Pag.53
7.3 <i>Povert� ed esclusione sociale, dipendenze e disagio psichico</i> .....	Pag.54
8. Area “Anziani” .....	Pag.58
8.1 <i>Premessa</i> .....	Pag.58
8.2 <i>Area Anziani</i> .....	Pag.59
9. Area “Disabili “ .....	Pag.62
9.1 <i>Premessa</i> .....	Pag.62
9.2 <i>Area Disabili</i> .....	Pag.63
10. Azioni di sistema.....	Pag.68.
10.1 <i>Sviluppo e consolidamento dell’attivit� dello Sportello Sociale</i> .....	Pag.68.
10.2 <i>Sviluppo e consolidamento del Nuovo Ufficio di Piano</i> .....	Pag.70
10.3 <i>Strumenti per la regolazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (Azienda per i servizi alla persona /</i>	

<i>ASP- Accreditamento)</i> .....	Pag.72
11. Linee d'intervento che attuano l'integrazione delle politiche. Raccordo con altri strumenti di programmazione locali.....	Pag.74
11.1 <i>Promozione di condizioni e di una cultura della sicurezza     nei luoghi di lavoro</i> .....	Pag.74
11.2 <i>Riduzione della produzione e recupero dei rifiuti solidi     urbani</i> .....	Pag.75
11.3 <i>Potenziamento della rete delle cure palliative</i> .....	Pag.76
11.4 <i>Obiettivi di integrazione con le altre politiche</i> .....	Pag.77
12. Monitoraggio e valutazione.....	Pag.78
Capo III - Orientamenti per la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali.....	Pag.80
Appendice: Confronto di concertazione con le OO.SS. CGIL-CISL-UIL confederali e Distretto di Ponente.....	Pag.82

## **PREMESSA**

*La presente programmazione triennale rappresenta l'esito di un processo di reale integrazione nell'ambito del nuovo Distretto sociosanitario di Ponente.*

*Il Comitato di Distretto ha affrontato le contraddizioni e le diffidenze iniziali, frutto della scelta di accorpamento territoriale non da tutti sufficientemente maturata, nella consapevolezza che solo attraverso la costruzione di un'identità distrettuale forte si potesse di fatto far crescere un sistema di servizi più equo e rispondente ai bisogni della popolazione.*

*La partecipazione e la collaborazione che gli amministratori hanno assicurato, hanno permesso lo strutturarsi in breve tempo di una notevole coesione, che ha consentito di dar corso a scelte strategiche significative e a positivi risultati.*

*Il territorio del Distretto è caratterizzato da forte disomogeneità territoriale e culturale e da una presenza di servizi altrettanto variegata, con modelli organizzativi e gestionali molto diversi fra loro. La scelta primaria di implementare la rete dei servizi, laddove era carente, e di consolidarla dove era precaria, ha rappresentato lo sforzo di questi mesi e evidenzia ancora una grande criticità, per la difficoltà di reperimento e soprattutto di assunzione del personale necessario.*

*Accanto a questa priorità è indispensabile prevedere la formazione del personale impegnato nei vari ambiti e potenziare la capacità di interfacciarsi con maggior puntualità ed efficacia con le varie realtà comunali, avvalendosi della competenza programmatica dell'Ufficio di Piano.*

*La programmazione triennale ha consentito di dar corso ad una più strutturata integrazione sociosanitaria che vedrà nei programmi attuativi delle singole annualità maggiore declinazione ai vari livelli: istituzionale, comunitario, organizzativo e professionale.*

*Inoltre il coinvolgimento delle OOSS ha rappresentato una vera opportunità di confronto, che merita l'individuazione di un metodo volto a creare una sistematica sinergia, che consenta l'intercettazione delle criticità del sistema nelle diverse aree territoriali e rispetto ai vari target di utenza e che permetta anche di intraprendere azioni di tutela e formazione del personale mirate ed efficaci.*

*Anche l'apporto del terzo settore e del volontariato è stato significativo dalla fase di avvio alla stesura del documento, tuttavia si ritiene che molte realtà associative non abbiano partecipato alla programmazione congiunta forse per una scarsa consuetudine. Occorre quindi attivare in futuro una collaborazione ed una integrazione maggiore e più articolata, cogliendo occasioni e creando opportunità di confronto.*

*Gli obiettivi individuati dalla programmazione triennale, che vedono la famiglia come fulcro e come centro di attenzione dei vari servizi, rispondono all'esigenza di sostenere il cittadino nei momenti critici di vita (puerperio, genitorialità difficile, malattia, disabilità, solitudine, povertà, lutti ecc) attraverso interventi sociosanitari personalizzati, agiti possibilmente al domicilio, privilegiando soluzioni di cura integrate nella comunità di appartenenza.*

*L'elaborazione comune ha in particolare accentuato la necessità di agire per:*

- una responsabilizzazione della comunità locale perché i servizi sociosanitari siano patrimonio del territorio e come tali ben utilizzati e difesi;
- progettualità innovative, che sappiano misurarsi con flessibilità ed intelligenza creativa rispetto alla complessità e alla peculiarità territoriale;
- servizi qualificati e personalizzati rispetto alla domanda del cittadino, costantemente valutati e rivisitati;
- utilizzo oculato ed efficace delle risorse economiche attualmente a disposizione al fine di realizzare una rete di opportunità solida, resistente ed adattabile nel tempo all'evolversi dei bisogni.

**Il presidente del Comitato di Distretto**  
**Carlo Giovanni Capelli**

**Il Direttore di Distretto**  
**Piera Reboli**

**CAPO I**  
**GLI ATTORI ED IL PERCORSO  
DI COSTRUZIONE  
DEL PIANO**

## CAPO I - GLI ATTORI ED IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO

Il primo Piano Sociale e Sanitario della regione Emilia –Romagna, approvato nel maggio dello scorso anno, afferma una idea di welfare di comunità per il benessere dei cittadini, basato su una forte presenza di garanzia del “pubblico” e, contemporaneamente, su processi decisionali, programmatori ed attuativi di servizi ed interventi sociali e sanitari, fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, del terzo settore e dalle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di sostegno e cura. La promozione del benessere, anche a fronte dei cambiamenti socio demografici e culturali nonché dei nuovi mutati bisogni, richiede interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse (pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea e non organizzata, private ecc) Ciò richiede necessariamente che venga realizzata l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche ambientali, urbanistiche abitative, formative, occupazionali e culturali.

In questa concezione il **Piano di zona distrettuale triennale per la salute e per il benessere sociale**, si presenta come nuovo strumento di programmazione integrata di durata triennale, che sostituisce il Piano sociale di zona rafforzandone il raccordo con il Piano per la Salute, assumendo gli indirizzi strategici della programmazione e le scelte di priorità; il Programma Attuativo Annuale (PAA) ,a sua volta , costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale, ne specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, sociosanitaria, compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza, individua le specifiche risorse che Comune, Ausl/Distretto, Provincia e Regione impegnano per l'attuazione degli interventi, approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

Il Piano triennale , elaborato dal Distretto di Ponente , è lo strumento strategico unitario della programmazione sociale, sociosanitaria, sanitaria territoriale .

In coerenza con l'Atto di indirizzo e Coordinamento elaborato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ed approvato in data 13 ottobre 2008, **individua** le priorità strategiche di salute e benessere sociale nelle diverse aree di intervento (sociale, sociosanitario, sanitario relativa ai servizi territoriali), in base ad una lettura del bisogno integrata sociale e sanitaria (profilo di comunità), gli indirizzi di programmazione omogenei a livello provinciale. **Specifica** gli strumenti e le integrazioni con le politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di benessere sociale e salute e **definisce** il quadro finanziario triennale di riferimento.

La metodologia proposta dal comitato di Distretto ha previsto , secondo una prassi di lavoro ormai consolidata e condivisa nell'esperienza di programmazione precedente per la costruzione del Piano di zona, il confronto con gli altri soggetti pubblici e privati coinvolti nella realizzazione degli interventi sociali e sanitari del territorio.

L'Ufficio di Piano ha garantito una **progettazione partecipata** coinvolgendo attivamente un vasto numero di attori, valorizzando la diversità di apporti: la costruzione del processo di progettazione partecipata ha definito diversi livelli di coinvolgimento che vanno dall'informazione/promozione, consultazione, partecipazione alla definizione del problema, partecipazione alla definizione delle regole del percorso, alle decisioni ed alla realizzazione delle attività. In tal modo è stata favorita l'innovazione attraverso l'interazione delle diverse competenze che insieme dialogano ed integrano le specifiche conoscenze. L'integrazione interprofessionale ha consentito l'approccio multidimensionale a problemi complessi: il lavoro comune svolto a partire dalla fase iniziale del processo per la programmazione , ha favorito il negoziato per la costruzione del consenso ed ha cominciato a sviluppare il senso di appartenenza

La partecipazione alla programmazione e alla valutazione dei risultati è stata alla base della nuova metodologia proposta, per la condivisione delle analisi e la scelta delle priorità e degli obiettivi, in coerenza con le linee regionali recepite dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Pertanto le fasi del processo si possono così sintetizzare:

- Il Comitato di Distretto di Ponente ha approvato il modello metodologico da seguire per la costruzione del piano triennale del benessere
- In base alle indicazioni regionali e dell'Atto della CTSS, Il Comitato di Distretto con il supporto dell'Ufficio di Piano ha validato le prime indicazioni dell'atto di indirizzo distrettuale e ha promosso la partecipazione di tutti i soggetti del territorio distrettuale pubblici e privati ai tavoli tematici che verranno organizzati a livello delle 4 sub-zone territoriali. A questi si sono aggiunti altri incontri di sintesi (sia per ciascuna area tematica che in maniera congiunta e plenaria nella sede del comune capofila).
- L'Ufficio di Piano ha sviluppato una sintesi centrale che è stata esaminata dal Comitato Distretto per una prima approvazione necessaria al confronto con i rappresentanti di tutti i soggetti che hanno partecipato al percorso (sindacati, terzo settore, volontariato, scuole, ASP, ecc...) prima di procedere all'approvazione finale del Piano del Benessere triennale e alla sottoscrizione dell'Accordo di programma da parte dei diversi Enti coinvolti a cui aderiscono tutte le realtà del privato sociale che condividono gli obiettivi.

La logica sottesa alla costruzione del Piano ha favorito lo spostamento dell'attenzione centrata sul singolo comune **alla zona**, ove il comune è ricompreso, affinché se ne possano meglio cogliere le differenze e le peculiarità in un percorso di individuazione delle proprie convenienze, dai singoli problemi o progetti ad una progettualità trasversale e di distretto che dia valore e rafforzi i singoli ambiti, dal socio assistenziale a politiche sociali ampiamente intese che considerino la globalità dei bisogni della persona e della sua famiglia e da servizi ed interventi non sempre collegati ad una rete integrata di risorse, servizi ed opportunità.

**Gli attori** che a diverso titolo e secondo la propria competenza hanno guidato il percorso di elaborazione del Piano sono:

**il Comitato di Distretto** integrato con la partecipazione del Direttore di Distretto che, in quanto organismo politico, ha definito le priorità strategiche ed annuali, le tipologie degli interventi e servizi e le tendenze di sviluppo e contenimento, l'allocazione delle risorse, anche in riferimento alla costituzione e utilizzo del Fondo Sociale Locale, le forme e i tempi di confronto e concertazione con i soggetti sociali;

**il Direttore di Distretto** che con la partecipazione formale al processo decisionale ha garantito l'esercizio congiunto con i Comuni della funzione di governo relativamente all'area dell'integrazione sociosanitaria;

**Il rafforzamento del ruolo del comune capofila**, chiamato a svolgere un forte coordinamento delle attività;

**l'Ufficio di Piano** che, in quanto struttura tecnico – amministrativa a forte integrazione sociale e sanitaria di supporto ai livelli istituzionali, in coerenza con i “nuovi” compiti attribuiti dalla Regione col Piano Sociale e Sanitario 2008 – 2010, ha svolto il ruolo di governance della programmazione zonale ed ha garantito l'approccio integrato alla programmazione mediante una rivisitazione della composizione dei tavoli tematici di lavoro, assicurando la partecipazione dei soggetti sociali organizzati (sindacati, terzo settore, organizzazioni imprenditoriali) e dei singoli cittadini;

L'Ufficio di Piano è collocato presso il comune capofila di Distretto, dal quale dipende funzionalmente, a garanzia di una puntuale ed efficace continuità tra le funzioni di governo e le relative funzioni amministrative e tecnico-gestionali così come previsto dalla DGR .1682/2008.

**la Provincia** che ha svolto il ruolo di promozione ed integrazione tra le politiche e di promozione della partecipazione del terzo settore, nonché funzione di programmazione attraverso l'elaborazione di specifici programmi a valenza provinciale;

**i Tavoli tematici di lavoro** che, fin dall'avvio del processo programmatico hanno visto la partecipazione delle **componenti sociali e sanitarie**, in particolare tra queste ultime le figure referenti per gli aspetti connessi alla prevenzione, promozione di stili di vita sani e referenti per i diversi ambiti di intervento, hanno svolto la funzione di lettura ed analisi dei bisogni: ai tavoli, dalla fase iniziale, hanno partecipato i **soggetti sociali organizzati ed i singoli cittadini**. Al tavolo tematico dell'area anziani ha partecipato l'**ASP** in quanto soggetto produttore dei Comuni del Distretto, portando il proprio contributo nell'individuazione dei bisogni, ferma restando la responsabilità programmatica in capo al Comitato di Distretto.

I tavoli tematici attivati, per area di intervento, sono stati così individuati:

**Area “Responsabilità familiari, infanzia, adolescenza e giovani”:**

Tavolo Responsabilità familiari, infanzia e adolescenza

Tavolo Giovani

**Area “Adulti”:**

Tavolo immigrazione

Tavolo povertà ed esclusione sociale

Tavolo dipendenze e disagio psichico

**Area “Disabilità” :**

Tavolo disabilità

**Area “Anziani”:**

Tavolo Anziani

Nella logica dell'approccio multidimensionale a problemi complessi, spesso i tavoli tematici hanno lavorato a sessioni congiunte, per costruire percorsi comuni finalizzati all' ampliamento dell'offerta il Tavolo Minori e giovani ed il Tavolo dipendenze disagio psichico per sviluppare il tema dell'agio giovanile e non solo quello del disagio, costruendo connessioni tra tutti gli interventi costruiti per e con i giovani. La coscienza dell'unità ha costituito la chiave di lettura dei bisogni nel tentativo di dare risposte aderenti al bisogno , sostenendo le iniziative della comunità per la presa in carico dei problemi sociali . La promozione ed il mantenimento delle reti sociali rappresenterà una risorsa fondamentale per garantire coesione sociale e sicurezza.

**CAPO II**  
**I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE  
EMERGENTI DAL  
PROFILO DI COMUNITÀ  
ED IL CONFRONTO CON I  
SERVIZI E LE RISORSE  
DISPONIBILI**

## **CAPO II - I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ ED IL CONFRONTO CON I SERVIZI E LE RISORSE DISPONIBILI**

### **1. PROFILO DEMOGRAFICO DEL TERRITORIO: STRUTTURA E DINAMICA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE**

Il Distretto di Ponente si estende nei territori di pianura, collina e montagna della Val Tidone, Val Luretta e Val Trebbia e comprende 23 Comuni: oltre al Comune capofila Castel San Giovanni, infatti, il Distretto è formato dai Comuni di Agazzano, Bobbio, Borgonovo Val Tidone, Calendasco, Caminata, Cerignale, Coli, Cortebrugatella, Gazzola, Gossolengo, Gragnano Trebbiense, Nibbiano, Ottone, Pecorara, Pianello Val Tidone, Piozzano, Rivergaro, Rottofreno, Sarmato, Travo, Zerba e Ziano Piacentino.

Si estende su una superficie pari a 1.059,13. KM<sup>2</sup> ed ha una densità abitativa\* come da tabella 1.

Dal 2004 al 2008 si è verificato un aumento della popolazione pari a 6.083 unità ed un conseguente aumento della densità media da 76,16 abitanti per Km<sup>2</sup> nel 2003 a 83,29 abitanti per Km<sup>2</sup> nel 2008.

Osservando la tabella, è possibile notare che il dato dell'incremento demografico, negli anni di riferimento, è distribuito tra 13 Comuni del Distretto, con l'effetto di una maggiore incidenza della densità abitativa\* nei Comuni caratterizzati da movimenti migratori favoriti da processi attrattivi da parte del mercato del lavoro e da quello immobiliare.

Il dato delle variazioni della popolazione residente per Comune, come da tabella 2, evidenzia le zone ove si è verificato l'incremento maggiore di popolazione a livello Comunale all'interno del Distretto di Ponente, mentre in tabella 2 bis si evidenzia il confronto del dato a livello distrettuale con quello del Comune di Piacenza (capoluogo di provincia).

Tabella 1 – Residenti e Densità Comuni del Distretto di Ponente . Serie Storica 2004-2008.

Comuni	1.1.2003		1.1.2004		1.1.2005		1.1.2006		1.1.2007		1.1.2008		Sup. Km2
	Residenti	Densità											
Agazzano	2041	56,88	2020	56,30	2005	55,88	1991	55,49	2034	56,69	2054	57,25	35,88
Bobbio	3772	35,43	3788	35,58	3731	35,04	3718	34,92	3725	34,99	3723	34,97	106,47
Borgonovo Val Tidone	7023	135,79	7055	136,41	7116	137,59	7200	139,21	7377	142,63	7484	144,70	51,72
Calendasco	2359	63,24	2380	63,81	2401	64,37	2413	64,69	2436	65,31	2460	65,95	37,30
Caminata	299	94,32	309	97,48	317	100,00	322	101,58	315	99,37	297	93,69	3,17
Castel San Giovanni	12374	277,01	12651	283,21	12860	287,89	13079	292,79	13341	298,66	13696	306,60	44,67
Cerignale	211	6,70	197	6,25	187	5,93	175	5,55	179	5,68	170	5,40	31,51
Coli	1051	14,57	1030	14,28	1034	14,33	1033	14,32	1029	14,26	1007	13,96	72,14
Corte Brugnatella	782	16,88	789	17,03	777	16,77	760	16,41	730	15,76	712	15,37	46,32
Gazzola	1800	40,79	1857	42,08	1870	42,37	1931	43,76	1966	44,55	1984	44,96	44,13
Gossolengo	4055	128,85	4203	133,56	4398	139,75	4687	148,94	4820	153,16	5022	159,58	31,47
Gragnano Trebbiense	3714	107,37	3819	110,41	3925	113,47	4086	118,13	4172	120,61	4326	125,07	34,59
Nibbiano Val Tidone	2404	54,62	2392	54,35	2384	54,17	2356	53,53	2372	53,90	2345	53,28	44,01
Ottone	688	6,99	675	6,86	676	6,87	636	6,46	613	6,23	623	6,33	98,41
Pecorara	894	16,65	885	16,48	853	15,88	837	15,59	824	15,34	829	15,44	53,70
Pianello Val Tidone	2246	61,72	2273	62,46	2279	62,63	2257	62,02	2284	62,76	2284	62,76	36,39
Piozzano	722	16,57	714	16,39	722	16,57	695	15,95	694	15,93	663	15,22	43,57
Rivergaro	5894	134,66	6101	139,39	6215	141,99	6360	145,31	6551	149,67	6714	153,39	43,77
Rottofreno	9391	271,97	9670	280,05	10107	292,70	10440	302,35	10865	314,65	11179	323,75	34,53
Sarmato	2673	99,15	2714	100,67	2769	102,71	2791	103,52	2815	104,41	2852	105,79	26,96
Travo	2017	25,09	2032	25,28	2046	25,45	2038	25,35	2051	25,51	2051	25,51	80,39
Zerba	124	4,94	123	4,90	117	4,66	107	4,26	106	4,22	105	4,18	25,12
Ziano Piacentino	2680	81,43	2703	82,13	2673	81,22	2643	80,31	2679	81,40	2717	82,56	32,91
<b>Totali</b>	<b>69214</b>		<b>70380</b>		<b>71462</b>		<b>72555</b>		<b>73978</b>		<b>75297</b>		<b>1059,13</b>

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza

\*Densità abitativa: rapporto tra popolazione residente e superficie territoriale in KM<sup>2</sup>.

**Tabella 2 – Variazioni assolute e % popolazione residente complessiva. Anni 2007-2008.**

Comuni	01/01/2007 Residenti	01/01/2008 Residenti	Variazione assoluta	Variazione %
Agazzano	2034	2054	0,97%	0,98%
Bobbio	3725	3723	-0,05%	-0,05%
Borgonovo Val Tidone	7377	7484	1,43%	1,45%
Calendasco	2436	2460	0,98%	0,99%
Caminata	315	297	-6,06%	-5,71%
<b>Castel San Giovanni</b>	<b>13341</b>	<b>13696</b>	<b>2,59%</b>	<b>2,66%</b>
Cerignale	179	170	-5,29%	-5,03%
Coli	1029	1007	-2,18%	-2,14%
Corte Brugnatella	730	712	-2,53%	-2,47%
Gazzola	1966	1984	0,91%	0,92%
<b>Gossolengo</b>	<b>4820</b>	<b>5022</b>	<b>4,02%</b>	<b>4,19%</b>
<b>Gragnano Trebbiense</b>	<b>4172</b>	<b>4326</b>	<b>3,56%</b>	<b>3,69%</b>
Nibbiano Val Tidone	2372	2345	-1,15%	-1,14%
Ottone	613	623	1,61%	1,63%
Pecorara	824	829	0,60%	0,61%
Pianello Val Tidone	2284	2284	0,00%	0,00%
Piozzano	694	663	-4,68%	-4,47%
<b>Rivergaro</b>	<b>6551</b>	<b>6714</b>	<b>2,43%</b>	<b>2,49%</b>
<b>Rottofreno</b>	<b>10865</b>	<b>11179</b>	<b>2,81%</b>	<b>2,89%</b>
Sarmato	2815	2852	1,30%	1,31%
Travo	2051	2051	0,00%	0,00%
Zerba	106	105	-0,95%	-0,94%
Ziano Piacentino	2679	2717	1,40%	1,42%
<b>Totali</b>	<b>73978</b>	<b>75297</b>		

Note: (1) Aumento di popolazione sul totale dei residenti;

(2) Percentuale di aumento di popolazione sul totale del Comune (Variazione assoluta Comune)x100 / (totale residenti Comune - tabella 1-)

**Tabella 2 bis – Confronto variazioni popolazione residente complessiva tra il Comune Capoluogo e il Distretto di Ponente.**

	Anno 2007	Anno 2008	Variazione assoluta 2007-2008	Variazione % 2007- 2008
<b>Distretto di Ponente</b>	<b>73.978</b>	<b>75.297</b>	<b>1,78 %</b>	<b>1,75 %</b>
<b>Piacenza</b>	<b>100.286</b>	<b>101.778</b>	<b>1,49 %</b>	<b>1,47 %</b>
<b>Totale Provincia</b>	<b>281.613</b>	<b>285.937</b>	<b>1,54 %</b>	<b>1,51 %</b>

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza

Il rapporto tra l'evoluzione demografica del Capoluogo e il resto della provincia è un criterio di analisi di grande interesse, che consente la valutazione del processo di riequilibrio territoriale in atto ormai da molti anni.

Nel 2007 il Capoluogo cresce ad un ritmo leggermente inferiore rispetto alla media provinciale. Questa tendenza conferma quanto è avvenuto nell'ultimo quarto di secolo: nel 1985, infatti, il Capoluogo rappresentava il 38,7 % del totale della popolazione provinciale, mentre nel 2008 ne rappresenta circa il 35,6%.

Tale tendenza è riscontrabile anche dal confronto del dato del Capoluogo con il dato del Distretto di Ponente.

In ambito provinciale i comuni che presentano delle diminuzioni anche nel lungo periodo sono quasi tutti situati nella zona della Montagna o della Alta Collina (da dati Ufficio Statistica Provincia); nel Distretto di Ponente ad avere tale andamento sono i Comuni di Caminata, Cerignale (decremento di oltre il 5% della popolazione nell'ultimo anno), Piozzano (decremento di oltre il 4%), Coli, Cortebrugnatella (decremento di oltre il 2%), Nibbiano, Bobbio e Zerba.

Le tabelle che seguono descrivono la **situazione demografica per sesso** del Distretto di Ponente: la tabella 3 riporta la popolazione dei diversi comuni suddivisa fra maschi e femmine, mentre la tabella 4 visualizza la situazione demografica focalizzandosi su diverse fasce d'età e la tabella 5 evidenzia gli indici di trasformazione dello stato demografico.

**Tabella 3 - Situazione demografica per sesso nei Comuni del Distretto di Ponente allo 01/01/2008**

Indicazione territoriale	1.1.2008		Totale
	Maschi	Femmine	
PIACENZA	48533	53245	101778
Agazzano	1023	1031	2054
Bobbio	1793	1930	3723
Borgonovo Val Tidone	3698	3786	7484
Calendasco	1241	1219	2460
Caminata	145	152	297
Castel San Giovanni	6757	6939	13696
Cerignale	98	72	170
Coli	506	501	1007
Corte Brugnatella	338	374	712
Gazzola	1016	968	1984
Gossolengo	2467	2555	5022
Gragnano Trebbiense	2101	2225	4326
Nibbiano Val Tidone	1203	1142	2345
Ottone	330	293	623
Pecorara	444	385	829
Pianello Val Tidone	1137	1147	2284
Piozzano	360	303	663
Rivergaro	3293	3421	6714
Rottofreno	5494	5685	11179
Sarmato	1426	1426	2852
Travo	1023	1028	2051
Zerba	56	49	105
Ziano Piacentino	1334	1383	2717
<b>Totali</b>	<b>85816</b>	<b>91259</b>	<b>177075</b>

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza

**Tabella 4 - Popolazione del Distretto di Ponente per classi d'età**

CLASSI	0 - 19	0 - 19%	20 - 59	20 - 59%	>=60	>=60%	TOTALE	TOT. %
<b>MASCHI</b>	6568	8,72%	20575	27,33%	10140	13,47%	37283	49,51%

<b>FEMMINE</b>	6143	8,16%	19608	26,04%	12263	16,29%	38014	50,49%
<b>TOTALE</b>	12711	16,88%	40183	53,37%	22403	29,75%	75297	100,00%

<b>CLASSI</b>	<b>0 - 14</b>	<b>0 - 14%</b>	<b>15 - 64</b>	<b>15 - 64%</b>	<b>&gt;=65</b>	<b>&gt;=65%</b>	<b>TOTALE</b>	<b>TOT. %</b>
<b>MASCHI</b>	4959	6,59%	24467	32,49%	7857	10,43%	37283	49,51%
<b>FEMMINE</b>	4638	6,16%	23308	30,95%	10068	13,37%	38014	50,49%
<b>TOTALE</b>	9597	12,75%	47775	63,45%	17925	23,81%	75297	100,00%

<b>CLASSI</b>	<b>0 - 2</b>	<b>0 - 2%</b>	<b>3 - 5</b>	<b>3 - 5%</b>	<b>6 - 10</b>	<b>6 - 10%</b>	<b>11 - 13</b>	<b>11 - 13%</b>
<b>MASCHI</b>	1069	1,42%	1019	1,35%	1636	2,17%	923	1,23%
<b>FEMMINE</b>	981	1,30%	959	1,27%	1513	2,01%	896	1,19%
<b>TOTALE</b>	2050	2,72%	1978	2,63%	3149	4,18%	1819	2,42%

<b>CLASSI</b>	<b>14 - 18</b>	<b>14 - 18%</b>	<b>19 - 23</b>	<b>19 - 23%</b>	<b>24 - 49</b>	<b>24 - 49%</b>	<b>50 - 64</b>	<b>50 - 64%</b>
<b>MASCHI</b>	1600	2,12%	1580	2,10%	14485	19,24%	7114	9,45%
<b>FEMMINE</b>	1507	2,00%	1507	2,00%	13754	18,27%	6829	9,07%
<b>TOTALE</b>	3107	4,13%	3087	4,10%	28239	37,50%	13943	18,52%

<b>CLASSI</b>	<b>65 - 74</b>	<b>65 - 74%</b>	<b>75 - 84</b>	<b>75 - 84%</b>	<b>&gt;=85</b>	<b>&gt;=85%</b>	<b>TOTALE</b>	<b>TOT. %</b>
<b>MASCHI</b>	4189	5,56%	2844	3,78%	824	1,09%	7857	10,43%
<b>FEMMINE</b>	4375	5,81%	3958	5,26%	1735	2,30%	10068	13,37%
<b>TOTALE</b>	8564	11,37%	6802	9,03%	2559	3,40%	17925	23,81%

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza

Tabella 5 - Indici di trasformazione dello stato demografico

	<b>Densità abitativa</b>	<b>Vecchiaia</b>	<b>Dipendenza totale</b>	<b>Dipendenza giovanile</b>	<b>Dipendenza senile</b>
Agazzano	56,88	225,56	72,90	22,39	50,51
Bobbio	35,43	366,38	77,29	16,57	60,71
Borgonovo Val Tidone	135,79	184,85	54,88	19,27	35,62
Calendasco	63,24	170,87	51,57	19,04	32,53
Caminata	94,32	536,36	89,17	14,01	75,16
Castel San Giovanni	277,01	168,01	52,40	19,55	32,85
Cerignale	6,70	3066,67	126,67	4,00	122,67
Coli	14,57	782,14	96,30	10,92	85,38

Corte Brugnatella	16,88	537,08	96,69	14,36	82,32
Gazzola	40,79	174,34	57,84	21,08	36,75
Gossolengo	128,85	100,49	47,97	23,92	24,04
Gragnano Trebbiense	107,37	131,88	52,22	22,52	29,70
Nibbiano Val Tidone	54,62	327,36	62,96	14,73	48,23
Ottone	6,99	785,00	131,60	14,87	116,73
Pecorara	16,65	729,63	117,59	14,17	103,41
Pianello Val Tidone	61,72	231,64	66,47	20,04	46,43
Piozzano	16,57	308,96	70,44	17,22	53,21
Rivergaro	134,66	159,96	55,24	21,25	33,99
Rottofreno	271,97	118,12	48,68	22,32	26,36
Sarmato	99,15	154,64	49,71	19,37	30,34
Travo	25,09	359,00	68,95	15,32	53,62
Zerba	4,94	1625,00	191,67	11,11	180,56
Ziano Piacentino	81,43	237,65	70,24	20,80	49,44

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza

Le femmine rappresentano il 51,5% della popolazione, contro il 48,5% rappresentato dai maschi. La suddivisione per classi di età evidenzia come il 63,45% della popolazione sia compreso nella fascia 15-64 anni, ovvero nella fascia di popolazione attiva. Gli over 65 rappresentano, tuttavia, ben il 23,81% e le persone con più di 75 anni sono oltre il 12% della popolazione totale. I minorenni, infine, sono il 16% della popolazione.

Gli indici di trasformazione dello stato demografico mostrano un alto grado di **dipendenza senile**, concentrata soprattutto nell'area montana: nei Comuni di Zerba, Cerignale, Ottone e Pecorara l'indice supera abbondantemente, infatti, il 100,00 (con una punta di 180,56 a Zerba). L'invecchiamento della popolazione nelle aree montane rappresenta dunque un problema di assoluta priorità.

Al contrario, i Comuni con un indice di dipendenza senile più basso sono Gossolengo, Rottofreno e Gragnano, ovvero i Comuni nei quali sempre di più le giovani coppie, anche provenienti dall'area cittadina, decidono di porre la propria residenza. In parallelo, tali Comuni sono proprio quelli che presentano livelli più elevati di **dipendenza giovanile**.

Le tabelle che seguono riassumono la situazione demografica in rapporto al genere ed alle fasce di età, evidenziando la percentuale di popolazione in età attiva.

**Tabella 6 – Popolazione del Distretto di Ponente al 01/01/2008 suddivisa per fasce di età e genere.**

Maschi			Femmine			Totale		
0 - 14 anni	15 - 64 anni	> = 65 anni	0 - 14 anni	15 - 64 anni	> = 65 anni	0 - 14 anni	15 - 64 anni	> = 65 anni
4.959	24.467	7.857	4.638	23.308	10.068	9.597	47.775	17.925

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza

A livello distrettuale la distribuzione della fascia di popolazione 15-64 anni, pari al 63,45 % del totale della popolazione, è così distribuita tra i vari Comuni:

**Tabella 6 bis – Popolazione del Distretto di Ponente per sesso – fascia di età 15 - 64 alla data del 01/01/2008**

Comune	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Agazzano	611	577	1188
Bobbio	1050	1050	2100
Borgonovo Val Tidone	2495	2337	4832
Calendasco	852	771	1623
Caminata	80	77	157
Castel San Giovanni	4628	4359	8987
Cerignale	44	31	75
Coli	276	237	513
Corte Brugnatella	179	183	362
Gazzola	655	602	1257
Gossolengo	1683	1711	3394
Gragnano Trebbiense	1438	1404	2842
Nibbiano Val Tidone	766	673	1439
Ottone	153	116	269
Pecorara	213	168	381
Pianello Val Tidone	715	657	1372
Piozzano	221	168	389
Rivergaro	2160	2165	4325
Rottofreno	3790	3729	7519
Sarmato	980	925	1905
Travo	635	579	1214
Zerba	20	16	36
Ziano Piacentino	823	773	1596
<b>Totali</b>	<b>24467</b>	<b>23308</b>	<b>47775</b>

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza

## 2. PROFILO DEMOGRAFICO DEL TERRITORIO: LA POPOLAZIONE IMMIGRATA STRANIERA

Le tabelle che seguono fotografano il Distretto di Ponente in rapporto alla popolazione immigrata. In particolare, la tabella 7 descrive la variazione (assoluta e percentuale) del numero di stranieri residenti dal 2007 al 2008 nei Comuni del Distretto.

**Tabella 7– Variazione assoluta e % stranieri residenti per Comune. Anni 2007-2008.**

Indicazione territoriale	Anno 2007			Anno 2008			Variazione assoluta (9)	% stranieri su tot. Popolazione (10)
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale		
Agazzano	132	139	271	140	151	291	7,38%	14,17%
Bobbio	129	167	296	138	198	336	13,51%	9,02%
Borgonovo Val Tidone	516	496	1012	606	565	1171	15,71%	15,65%
Calendasco	100	92	192	121	105	226	17,71%	9,19%
Caminata	9	10	19	7	10	17	-10,53%	5,72%
Castel San Giovanni	1119	970	2089	1303	1135	2438	16,71%	17,80%
Cerignale	2	4	6	2	2	4	-33,33%	2,35%
Coli	16	28	44	9	30	39	-11,36%	3,87%
Corte Brugnatella	5	15	20	5	18	23	15,00%	3,23%
Gazzola	44	56	100	49	61	110	10,00%	5,54%
Gossolengo	84	100	184	92	128	220	19,57%	4,38%
Gragnano Trebbiense	199	213	412	242	255	497	20,63%	11,49%
Nibbiano Val Tidone	119	102	221	112	100	212	-4,07%	9,04%
Ottone	12	20	32	17	28	45	40,63%	7,22%
Pecorara	18	24	42	18	23	41	-2,38%	4,95%
Pianello Val Tidone	116	128	244	136	141	277	13,52%	12,13%
Piozzano	25	26	51	21	18	39	-23,53%	5,88%
Rivergaro	226	223	449	262	262	524	16,70%	7,80%
Rottofreno	552	518	1070	633	602	1235	15,42%	11,05%
Sarmato	199	175	374	220	195	415	10,96%	14,55%
Travo	43	55	98	47	59	106	8,16%	5,17%
Zerba	2	0	2	1	0	1	-50,00%	0,95%
Ziano Piacentino	142	140	282	169	174	343	21,63%	12,62%
<b>Totale</b>	<b>3809</b>	<b>3701</b>	<b>7510</b>	<b>4350</b>	<b>4260</b>	<b>8610</b>		

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza

Note: (9) Aumento di popolazione sul totale dei residenti stranieri;

(10) Percentuale di aumento di popolazione straniera ( 2008) sul totale dei residenti del Comune (-tabella 1-)

Se si escludono alcuni Comuni di area montana, si nota come la variazione assoluta del numero di cittadini stranieri residenti nel Distretto veda un incremento considerevole e diffuso, con una punta del 40,63% nel Comune di Ottone ed un incremento medio del 5,57%.

L'incidenza degli stranieri sul totale della popolazione è in costante incremento, con un dato medio distrettuale pari all'8,43% nel 2008, ma con ben otto Comuni che superano abbondantemente il 10%. Fra questi Comuni vi sono anche i più popolosi del Distretto (se si escludono quelli dell'area Bassa Val Trebbia), ovvero Castel San Giovanni (17,80%), Rottofreno (11,05%) e Borgonovo Val Tidone (15,65%).

Le tabelle 8 e 9 evidenziano le **principali cittadinanze** di provenienza dei cittadini migranti residenti nel territorio provinciale di Piacenza e la relativa incidenza sul totale degli stranieri.

**Tabella 8 – Cittadinanza stranieri in Provincia di Piacenza. Cittadinanze principali – serie storica.**

<b>PAESE DI ORIGINE</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Albania	3341	3890	4443	4.987	5.369	6.031
Marocco	2438	2777	3003	3.337	3.613	4.215
Tunisia	497	586	672	767	858	1.000
Romania	785	1163	1483	1.800	3.323	4.152
Moldavia (Rep. Moldava)	123	179	258	331	457	614
India	699	817	955	1.090	1.314	1.574
Filippine		94	125	145	163	201
Ucraina	293	521	648	814	1.029	1.242
Senegal	287	341	368	399	411	468
Ghana	131	147	151	156	163	158
Costa d'Avorio	175	202	238	250	283	322
Nigeria	207	261	315	381	415	473
Cina popolare	236	333	379	415	447	492
Ecuador	925	1285	1490	1.682	1.880	2.172
Polonia	120	154	179	244	336	384
Perù	122	149	161	181	188	217
Colombia	75	88				
Croazia	239	257	275	282	289	295
ALTRI	4706	5447	6382	7091	7808	9.126
<b>TOTALE</b>	<b>15.399</b>	<b>18.691</b>	<b>21.525</b>	<b>24.352</b>	<b>28.346</b>	<b>33.136</b>
STRANIERI PER 100 ABITANTI	5,68%	6,83%	7,80%	8,75%	10,07%	11,59%

Dalla tabella si evince come, in provincia di Piacenza, le cittadinanze più rappresentate nel 2008 siano quella Albanese, quella Marocchina e quella Rumena, ma soprattutto si evidenzia il costante ed esponenziale aumento della popolazione immigrata di tutte le cittadinanze presenti a livello provinciale.

Tabella 9 - Cittadinanza stranieri in Provincia di Piacenza. Incidenza principali cittadinanze.

PAESE DI ORIGINE	2008	PAESE DI ORIGINE	2008
Albania	18,20%	India	4,75%
Marocco	12,72%	Ucraina	3,75%
Romania	12,53%	Tunisia	3,02%
Ecuador	6,55%	ALTRI	38,48%

Le tabelle 10, 11 e 12 fotografano la popolazione straniera residente in provincia di Piacenza e nel Distretto di Ponente in relazione al genere.

In particolare, la tabella 10 evidenzia il progressivo aumento percentuale delle **migranti donne** che, negli ultimi 10 anni, sono passate dal 41,97% al 48,84% della popolazione straniera totale.

Tabella 10 – Popolazione straniera residente per sesso in provincia di Piacenza – Anni 1998-2008

ANNO	FEMMINE	MASCHI	% FEMMINE	% MASCHI
1998	2.252	3.114	41,97%	58,03%
1999	2.885	3.786	43,25%	56,75%
2000	3.527	4.697	42,89%	57,11%
2001	4.257	5.614	43,13%	56,87%
2002	5.032	6.395	44,04%	55,96%
2003	7.106	8.293	46,15%	53,85%
2004	8.749	9.942	46,81%	53,19%
2005	10.244	11.281	47,59%	52,41%
2006	11.765	12.587	48,31%	51,69%
2007	13.816	14.620	48,59%	51,41%
2008	16.185	16.951	48,84%	51,16%

La sostanziale parità di presenze femminili e maschili nel 2008 è confermata anche a livello distrettuale, come si evince dalla lettura della tabella 11.

Tabella 11 – Popolazione straniera residente nel Distretto di Ponente, per sesso. All'01/01/2008.

Indicazione territoriale	Maschi	Femmine	Totale
Agazzano	140	151	291
Bobbio	138	198	336
Borgonovo Val Tidone	606	565	1171
Calendasco	121	105	226
Caminata	7	10	17
Castel San Giovanni	1303	1135	2438
Cerignale	2	2	4
Coli	9	30	39
Corte Brugnatella	5	18	23

Gazzola	49	61	110
Gossolengo	92	128	220
Gagnano Trebbiense	242	255	497
Nibbiano Val Tidone	112	100	212
Ottone	17	28	45
Pecorara	18	23	41
Pianello Val Tidone	136	141	277
Piozzano	21	18	39
Rivergaro	262	262	524
Rottofreno	633	602	1235
Sarmato	220	195	415
Travo	47	59	106
Zerba	1	0	1
Ziano Piacentino	169	174	343
<b>Totale</b>	<b>4350</b>	<b>4260</b>	<b>8610</b>

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza

Anche la distribuzione percentuale della popolazione straniera residente vede il Distretto di Ponente sostanzialmente in linea con il dato provinciale, come evidenziato in tabella 12.

**Tabella 12 – Distribuzione percentuale popolazione straniera residente, per sesso. Confronto con dato provinciale**

Indicazione territoriale	Totale residenti	Totale stranieri	% uomini	% donne	% totale stranieri
Distretto di Ponente	75.297	8.610	5,78%	5,66%	11,43%
Provincia di Piacenza	285.937	33.136	5,93%	5,66%	11,59%

Per quanto riguarda la struttura per **età dei cittadini stranieri**, è importante sottolineare, a livello provinciale, che la presenza di persone anziane mette in evidenza le seguenti percentuali: gli ultrasessantacinquenni stranieri sono soltanto il 2,2 % del totale degli stranieri residenti, contro il 24,1% di over 65 sul totale complessivo della popolazione. Gli under 14 stranieri, invece, costituiscono il 21% del totale dei migranti residenti in Provincia di Piacenza, contro il 12,3% degli under 14 italiani e stranieri in rapporto al totale della popolazione 0-14 anni residente nel territorio provinciale.

Si può dire che la struttura dell'immigrazione in Provincia di Piacenza è nettamente sbilanciata verso le età più giovani.

**Tabella 13- PROVINCIA DI PIACENZA - Stranieri residenti per classi di età**

0-4 anni	5-9 anni	10-14 anni	15-19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni
2.979	2.146	1.836	2.024	2.786	3.755	4.358
35-39 anni	40-44 anni	45-49 anni	50-54 anni	55-59 anni	60-64 anni	oltre 65 anni
4.013	3.288	2.354	1.504	876	491	724

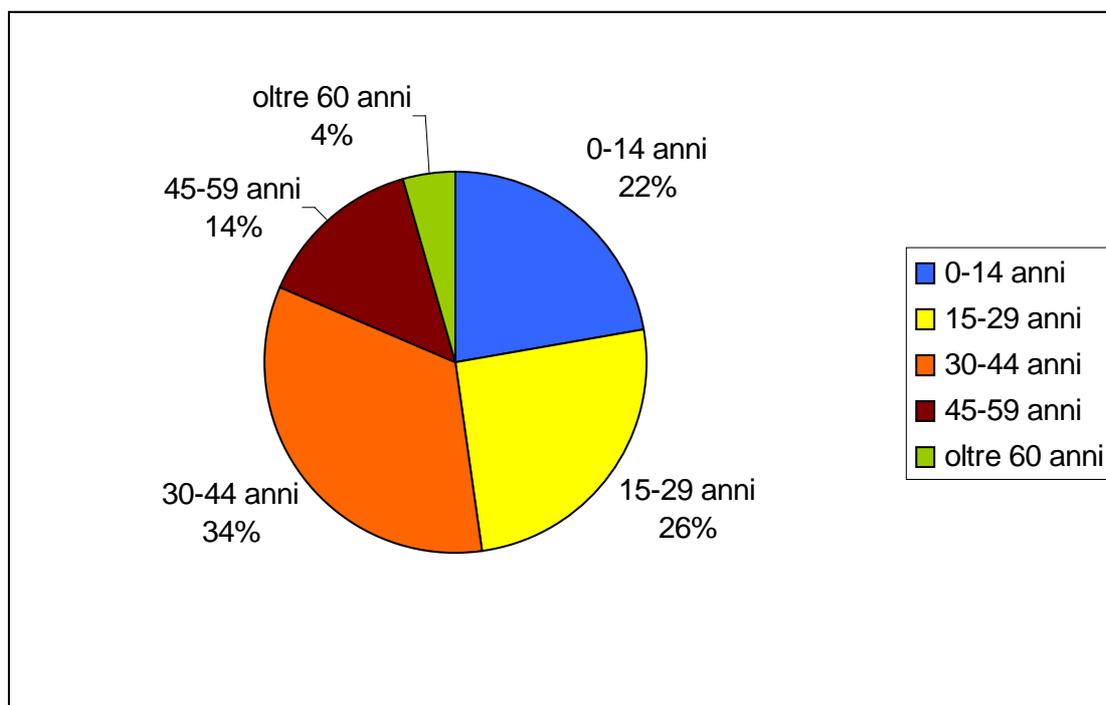
Questo dato viene confermato a livello distrettuale, come si evince dalle tabelle che seguono. In particolare, si nota come la fascia di popolazione attiva (15-59 anni) costituisce il 74% del totale dei

cittadini stranieri residenti nel Distretto di Ponente e come gli under 14 siano ben il 22% del totale dei migranti, contro il 5,42% degli under 14 totali (italiani e non) in rapporto al totale dei residenti.

**Tabella 14 – DISTRETTO DI PONENTE - Stranieri residenti per classi di età**

<b>0-4 anni</b>	<b>5-9 anni</b>	<b>10-14 anni</b>	<b>15-19 anni</b>	<b>20-24 anni</b>	<b>25-29 anni</b>	<b>30-34 anni</b>
811	583	516	524	750	923	1.099
<b>35-39 anni</b>	<b>40-44 anni</b>	<b>45-49 anni</b>	<b>50-54 anni</b>	<b>55-59 anni</b>	<b>60-64 anni</b>	<b>oltre 65 anni</b>
977	817	608	400	235	143	228

**Tabella 15 – DISTRETTO DI PONENTE – Incidenza classi di età sul totale degli stranieri residenti**



### 3. PROFILO DEMOGRAFICO DEL TERRITORIO: LE TIPOLOGIE FAMILIARI NEL DISTRETTO DI PONENTE

Le tabelle che seguono intendono fornire una fotografia delle principali tipologie familiari presenti nel Distretto, in comparazione con i dati provinciali.

In particolare, la tabella 16 mostra la composizione familiare in provincia di Piacenza (al 31/12/2007) per numero di componenti.

**Tabella 16 - Composizione familiare in Provincia di Piacenza al 31/12/2007**

Famiglie di 1 componente	34,9%
Famiglie di 2 componenti	28,6%
Famiglie di 3 componenti	20,1%
Famiglie di 4 componenti	12,6%
Famiglie di 5 componenti	2,8%
Famiglie di 6 e più componenti	1,0%
<b>N° Totale famiglie</b>	<b>125.202</b>

Fonte: Ufficio Statistica della Provincia di Piacenza

Nel territorio provinciale di Piacenza, al 31/12/2007 le famiglie residenti sono in totale 125.202, con un incremento del 1,7% (pari a 2.137 unità). Si evidenzia come le famiglie mononucleari hanno superato le altre tipologie.

Nello specifico si è analizzata (tabelle 17 e 18) la composizione dei nuclei famigliari nei comuni del Distretto di Ponente. I dati emersi al 31 dicembre 2007 sono i seguenti:

**Tabella 17 – Famiglie e numero medio di componenti per famiglia nei comuni del Distretto. Anno 2007.**

Comuni	Numero di famiglie	Numero medio di componenti per famiglia
AGAZZANO	922	2,2
BOBBIO	1901	1,9
BORGONOVO VAL TIDONE	3105	2,3
CALENDASCO	1002	2,4
CAMINATA	175	1,8
CASTEL SAN GIOVANNI	5590	2,4
CERIGNALE	125	1,4
COLI	612	1,7
CORTE BRUGNATELLA	393	1,9
GAZZOLA	893	2,2
GOSSOLENGO	1996	2,4
GRAGNANO TREBBIENSE	1758	2,4
NIBBIANO	1100	2,2
OTTONE	401	1,5
PECORARA	452	1,8
PIANELLO VAL TIDONE	1067	2,1
PIOZZANO	327	2,1
RIVERGARO	2909	2,2
ROTOFRENO	4477	2,4
SARMATO	1177	2,4
TRAVO	1150	1,8
ZERBA	72	1,5

ZIANO PIACENTINO	1301	2,1
<b>Totale Distretto</b>	<b>32905</b>	<b>2,05</b>

Fonte: Ufficio Statistica Regione Emilia Romagna

**Tabella 18 – Numero di famiglie residenti al 31/12/2007 per numero di componenti.**

NUMERO DI FAMIGLIE, PER NUMERO DI COMPONENTI								
COMUNI	1	2	3	4	5	6	7 o più	TOTALE FAMIGLIE
Agazzano	355	241	166	119	33	5	3	922
Bobbio	890	540	258	177	26	10	0	1901
Borgonovo	1019	811	674	449	110	29	13	3105
Calendasco	303	257	245	137	47	9	4	1002
Caminata	85	57	22	7	2	1	1	175
Castel San Giovanni	1692	1581	1273	749	217	56	23	5590
Cerignale	85	30	7	3	0	0	0	125
Coli	357	148	71	34	5	1	0	616
Cortebrugnatella	200	101	56	30	6	1	0	394
Gazzola	325	259	155	103	37	11	3	893
Gossolengo	564	551	480	314	70	10	6	1995
Gragnano	540	472	415	268	52	14	4	1765
Nibbiano	416	308	229	111	32	7	1	1104
Ottone	253	99	32	12	3	2	0	401
Pecorara	231	132	50	26	7	5	1	452
Pianello	420	312	174	109	47	4	1	1067
Piozzano	137	83	50	48	6	2	1	327
Rivergaro	1033	792	594	377	90	21	2	2909
Rottofreno	1206	1310	1085	676	158	32	12	4479
Sarmato	335	355	264	161	43	14	5	1177
Travo	642	267	130	81	22	6	2	1150
Zerba	50	15	6	1	1	0	0	73
Ziano	548	347	207	139	30	10	7	1288
<b>TOTALE</b>	<b>11.686</b>	<b>9.068</b>	<b>6.643</b>	<b>4.131</b>	<b>1.044</b>	<b>250</b>	<b>89</b>	<b>32.910</b>

Fonte: Ufficio Statistica della Provincia di Piacenza

Se il numero medio di componenti per famiglia nel Distretto di Ponente è di 2,05 componenti, si conferma a livello distrettuale il dato provinciale della prevalenza delle famiglie mononucleari. Ciononostante, alcuni Comuni vanno in controtendenza, mostrando una prevalenza di famiglie di due componenti. Si tratta dei Comuni di Rottofreno e Sarmato.

Si è voluta poi analizzare la situazione della **popolazione anziana**, con particolare riferimento all'emersione del numero di persone potenzialmente sole. Si vedano, a tal proposito, le tabelle 19 e 20.

Tabella 19 – Distretto di Ponente - Stato civile popolazione anziana per età e per sesso all'1/1/2008.

Classi d'età	Genere	Totale popolazione classe d'età considerata	Celibi	Coniugati	Divorziati	Vedovi	Persone anziane presumibilmente sole	
							Totale	Percentuale
Età 65-74 anni	Maschi	4252	756	3128	76	292	1124	26,43%
	Femmine	4384	307	2653	60	1364	1731	39,48%
Età 75 anni e oltre	Maschi	3573	685	2200	30	658	1373	38,43%
	Femmine	5617	581	1357	30	3649	4260	75,84%
Totale età 65- 74 anni + 75 anni e oltre	Maschi	7825	1441	5328	106	950	2497	31,91%
	Femmine	10001	888	4010	90	5013	5991	59,90%

Fonte: Banche dati ISTAT

Tabella 20 – Analisi persone sole nelle fasce d'età superiori a 65 anni. All'1/1/2008

Persone 65 anni e oltre	17.826
Persone 65 anni e oltre presumibilmente sole	8.488
Percentuale popolazione sola su totale classe d'età 65 anni e oltre	47,62%

I dati<sup>1</sup> mostrano come quasi la metà degli anziani residenti nel Distretto viva presumibilmente sola e come, in generale, le femmine anziane superano i maschi pari età sia come numero complessivo, sia, proporzionalmente, come numero di persone presumibilmente sole.

<sup>1</sup> Si fa notare che i dati forniti dall'ISTAT sono numericamente leggermente diversi da quelli forniti dall'Ufficio Statistica della Provincia di Piacenza (vedi tabella 4) per quanto riguarda il numero complessivo di residenti over 65 anni.

## 4. PROFILO SOCIO-ECONOMICO DEL TERRITORIO: ISTRUZIONE E SCOLARITÀ

Questo paragrafo mira a fornire una descrizione dei livelli di istruzione e scolarità presenti nel Distretto di Ponente, oltre ad un quadro dell'offerta di istruzione e formazione presente a livello territoriale.

In particolare, la tabella 21 visualizza la popolazione in età scolare residente nel Distretto (anno 2008), mentre la tabella 21 bis mette in evidenza la componente straniera.

Tabella 21 -Popolazione per classi di età scolare per Comune del Distretto di Ponente. Anno 2008.

Indicazione territoriale	Classi d'età					
	0-2	3-5	6-10	11-13	14-18	19-23
Agazzano	55	52	93	51	62	85
Bobbio	60	64	114	83	128	109
Borgonovo V. T.	176	178	331	186	344	335
Calendasco	58	58	113	58	113	94
Caminata	5	5	6	5	7	6
Castel S. Giovanni	408	357	560	327	616	665
Cerignale	0	0	3	0	1	1
Coli	13	15	12	13	21	22
Corte Brugnatella	7	8	19	11	26	22
Gazzola	57	48	96	41	95	63
Gossolengo	175	171	255	150	256	188
Gragnano Tr.nse	151	136	210	111	173	174
Nibbiano	35	38	67	54	98	83
Ottone	10	6	13	6	12	9
Pecorara	12	9	17	12	18	25
Pianello	54	55	101	48	84	86
Piozzano	10	14	23	16	20	27
Rivergaro	200	200	294	170	268	281
Rottofreno	382	376	532	307	452	506
Sarmato	89	77	110	64	134	139
Travo	36	35	61	40	77	64
Zerba	0	1	2	1	1	1
Ziano P.no	57	75	117	65	101	102
<b>Distretto Ponente</b>	<b>2050</b>	<b>1978</b>	<b>3149</b>	<b>1819</b>	<b>3107</b>	<b>3087</b>

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza

Tabella 21 bis - Popolazione totale e straniera per classi di età scolare del Distretto di Ponente. Anno 2008

Classi d'età	0-2	3-5	6-10	11-13	14-18	19-23
<b>Totale residenti</b>	2050	1978	3149	1819	3107	3087
<b>Totale stranieri</b>	507	436	563	322	479	682
<b>Percentuale stranieri su totale</b>	<b>24,7%</b>	<b>22%</b>	<b>17,9%</b>	<b>17,7%</b>	<b>15,4%</b>	<b>22,1%</b>

Il dato della **popolazione totale in età scolare** espresso in tabella 21, rapportato al dato della popolazione straniera di pari classe d'età (tabella 21bis), rappresenta bene la progressiva evoluzione della società in chiave "multietnica", nel contesto del territorio distrettuale. Si evince, infatti, come la fascia d'età più rappresentata sia proprio la 0-2 anni (24,7% sul totale dei pari età residenti nel Distretto), seguita dalle fasce 3-5 anni (22%) e 19-23 anni (22,1%).

Le tabelle che seguono descrivono la situazione degli iscritti ai diversi ordini di scuole nel Distretto, evidenziando la presenza di bambini e ragazzi immigrati e disabili.

Tabella 22 -Alunni frequentanti le Scuole del distretto di Ponente. Situazione anno scolastico 2007/2008

Distretto di Ponente	Statali		Paritarie*		Totale iscritti	di cui stranieri	di cui disabili	Popolazione per fascia d'età	di cui stranieri
	Classi**	Iscritti	Classi	Iscritti					
Servizi 0-3 anni***	187	186	27	27	213	14	n.d.	2050	6,57%
Scuola dell'Infanzia	46	1143	24	554	1697	578	70	1978	34,06%
Scuole primarie	184	3028	0	0	3028	624	80	3149	20,61%
Scuole secondarie di 1° grado	88	1669	0	0	1669	274	53	1819	16,42%
Scuole secondarie di 2° grado	<i>per distretto socio sanitario di residenza degli alunni</i>				Iscritti totale residenti	di cui stranieri	di cui disabili	Popolazione 14-18 totale	di cui stranieri
					2613	n.d.	n.d.	3107	n.d.

Fonti: Provincia di Piacenza e Regione Emilia Romagna.

\* Paritarie: si intendono le strutture private convenzionate.

\*\* Per i servizi 0-3 anni, si intende il numero di posti disponibili sul territorio distrettuale.

\*\*\* I dati relativi ai servizi 0-3 anni si riferiscono all'anno scolastico 2003-2004

Tabella 22 bis – Situazione alunni frequentanti la scuola primaria e secondaria di 1° grado nel Distretto. Confronto anni scolastici 2006/07 e 2007/08 . Valori assoluti.

Anni scolastici di riferimento	Anno scolastico 2006/2007		Anno scolastico 2007/2008		
	Scuola primaria*	Scuola Secondaria 1° grado	Scuola primaria	Scuola Secondaria 1° grado	
Alunni con cittadinanza non italiana	475	294	624	274	
Alunni iscritti	2195	1673	3028	1669	
Incidenza alunni con cittadinanza non italiana su iscritti totali	21,6%	17,6%	20,6%	16,4%	

Fonte: Regione Emilia Romagna

\*I dati sulla scuola primaria per l'anno scolastico 2006-07 si riferiscono al vecchio Distretto Val Tidone Val Luretta.

Le tabelle evidenziano come l'incidenza della **popolazione scolastica straniera** sul totale degli iscritti alle scuole dei diversi ordini raggiunga un picco nella scuola dell'infanzia (34,06%) e nella primaria (20,61%), mentre la presenza dei bambini stranieri all'asilo nido sia ancora scarsa (6,57%).

L'andamento negli ultimi due anni scolastici ha visto un leggero calo dell'incidenza degli alunni di cittadinanza non italiana sia alla primaria (nel 2006-07 la percentuale si attestava al 21,6%) che nella scuola secondaria di primo grado (17,6% nel 2006-07), ma i dati della scuola dell'infanzia fanno pensare ad un progressivo rialzo di questi dati nei prossimi anni.

La tabella che segue mostra il complesso dell'**offerta scolastica** disponibile nel Distretto di Ponente, mentre quelle successive evidenziano i livelli di istruzione secondo il Censimento del 2001 e secondo il Profilo di Comunità del 2008.

Tabella 23 – Offerta scolastica disponibile (per plessi) nei Comuni del Distretto\*.

<i>Indicazione territoriale</i>	<i>Asili Nido</i>	<i>Scuola dell'infanzia (materne)</i>	<i>Scuola primaria (elementari)</i>	<i>Scuola Secondaria I° grado (medie)</i>	<i>Scuola Secondaria II° grado (superiori)</i>
Agazzano	1	1	1	1	0
Bobbio	0	1	1	1	1
Borgonovo V. T.	1	2	1	1	1
Calendasco	0	1	1	1	0
Caminata	0	0	0	0	0
Castel S. Giovanni	2	2	2	1	3
Cerignale	0	0	0	0	0
Coli	0	1	1	0	0
Corte Brugnatella	0	1	1	0	0
Gazzola	0	1	1	0	0
Gossolengo	1	1	1	1	0
Gragnano Tr.nse	2	3	1	1	0
Nibbiano	0	2	2	1	0
Ottone	0	1	1	1	0
Pecorara	0	0	1	0	0
Pianello	1	1	1	1	0
Piozzano	0	0	1	0	0
Rivergaro	1	2	1	1	0
Rottofreno	1	4	2	1	0
Sarmato	0	1	1	1	0
Travo	0	1	1	1	0
Zerba	0	0	0	0	0
Ziano P.no	0	1	1	0	0
<b>Distretto Ponente</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>5</b>

Fonte: Provincia di Piacenza e Regione Emilia Romagna.

\*I dati fanno riferimento al numero di plessi scolastici presenti sul territorio.

Tabella 24 – Indici relativi al grado di istruzione nei Comuni del Distretto: indice dei 15-52enni che non hanno conseguito l'obbligo scolastico ed indice dei diplomati (di 19 anni e più).

<i>Indicazione territoriale</i>	<b>Nessun titolo</b>	<b>diploma</b>
Agazzano	4,97	29,02
Bobbio	5,94	31,17
Borgonovo Val Tidone	7,86	26,67
Calendasco	9,06	26,59
Caminata	10,26	22,10
Castel San Giovanni	8,37	28,45
Cerignale	4,35	20,47
Coli	9,81	18,78
Corte Brugnatella	10,26	19,48
Gazzola	6,39	35,75
Gossolengo	4,68	35,92
Gragnano Trebbiense	7,93	28,84
Nibbiano Val Tidone	7,36	23,77
Ottone	11,00	15,38
Pecorara	11,40	13,11
Pianello Val Tidone	6,81	28,18
Piozzano	8,56	28,10
Rivergaro	5,08	34,01

Rottofreno	7,92	29,73
Sarmato	9,81	25,87
Travo	5,66	29,76
Zerba	3,23	14,50
Ziano Piacentino	7,29	26,05
<b>Tot. Distretto</b>	<b>7,56</b>	<b>25,73</b>
<b>Tot. Provincia Piacenza</b>	<b>7,26</b>	<b>31,95</b>

Fonte: XIV Censimento generale della popolazione e delle abitazioni. Anno 2001

**Tabella 25 – Grado di scolarizzazione (%). Confronto fra Distretto, Provincia, Regione.**

	Distretto di Ponente	Piacenza	Emilia Romagna
<b>Laurea</b>	5,94%	11,87%	8,06%
<b>Diploma di scuola secondaria superiore</b>	28,84%	32,53%	26,73%
<b>Licenza di scuola media inferiore o di avviamento professionale</b>	27,87%	28,33%	27,94%
<b>Licenza di scuola elementare</b>	32,33%	24,08%	27,43%
<b>Privi di titoli di studio</b>	5,02%	3,20%	9,83%

Fonte: Profilo di Comunità 2008

La tabella mostra come nel Distretto di Ponente la percentuale dei laureati e dei diplomati sia ancora più bassa del dato provinciale (e del dato regionale per quanto riguarda le lauree), ma come la percentuale dei privi di titoli di studio sia sensibilmente diminuita dal 2001 (7,56% - tabella 24) al 2008 (5,02%), mentre quella dei diplomati sia aumentata (dal 25,73% del 2001 al 28,84% del 2008).

## 5. PROFILO SOCIO-ECONOMICO DEL TERRITORIO: DIMENSIONE E COMPOSIZIONE DELLA FORZA LAVORO

Le tabelle che seguono mirano a fornire una descrizione dello stato e delle tendenze del sistema economico locale, in rapporto a quello provinciale e regionale.

In particolare, la tabella 26 mostra i dati relativi all'occupazione totale nelle province della Regione Emilia Romagna dal 2004 al 2007. Per quanto riguarda Piacenza, si evidenzia un aumento abbastanza costante dell'occupazione negli anni considerati, con variazioni percentuali superiori alla media regionale.

**Tabella 26- Occupazione totale nelle province della Regione Emilia Romagna e in Italia. Serie storica 2004-2007**

PROVINCIA	Dati assoluti (.000,0)				Variazioni (%)		
	2004	2005	2006	2007	2005/04	2006/05	2007/06
Piacenza	112,3	114,8	119,1	122,1	2,30%	3,80%	2,50%
Parma	181,1	184,3	193,6	200	1,80%	5,00%	3,30%
di cui donne	76,5	76,6	82,5	86,2	0,10%	7,70%	4,40%
Reggio nell'Emilia	223,6	228,5	231,3	235,4	2,20%	1,20%	1,80%
Modena	304,3	308	307,9	316,1	1,20%	-0,10%	2,70%
Bologna	423,9	426,4	450,2	445	0,60%	5,60%	-1,20%
Ferrara	158,5	155,1	152,2	160,5	-2,20%	-1,80%	5,40%
Ravenna	156,6	163,7	169,3	175,9	4,50%	3,40%	3,90%
Forlì-Cesena	164,6	164,9	165,8	168,9	0,20%	0,50%	1,90%
Rimini	121,4	126,7	128,7	129,4	4,40%	1,50%	0,50%
EMILIA-ROMAGNA	1.846,40	1.872,40	1.918,00	1.953,30	1,40%	2,40%	1,80%
ITALIA	22.404,40	22.562,80	22.988,20	23.221,80	0,70%	1,90%	1,00%

Le tabelle che seguono descrivono, al Censimento 2001, la **situazione dell'occupazione a livello distrettuale**, per settore di attività economica (tabella 27) e per classi di età (tabella 27 bis) ed, infine, incrociando le due variabili (tabella 27 ter).

**Tabella 27 - Residenti di età >15 anni occupati, per settore. Censimento anno 2001**

	Agricoltura e pesca	Industria	Servizi	TOTALE
Agazzano	100	278	394	772
Bobbio	74	393	881	1.348
Borgonovo Val Tidone	209	1.199	1.438	2.846
Calendasco	69	420	512	1.001
Caminata	12	41	47	100
Castel San Giovanni	218	1.992	2.756	4.966
Cerignale	8	20	39	67
Coli	54	92	182	328
Corte Brugnatella	41	67	149	257
Gazzola	107	234	397	738
Gossolengo	109	583	1.086	1.778
Gragnano Trebbiense	106	655	804	1.565
Nibbiano	153	405	424	982
Ottone	10	44	120	174

Pecorara	51	79	93	223
Pianello Val Tidone	127	351	444	922
Piozzano	75	69	132	276
Rivergaro	166	816	1.352	2.334
Rottofreno	126	1.521	2.245	3.892
Sarmato	53	518	517	1.088
Travo	97	230	429	756
Zerba	1	9	17	27
Ziano Piacentino	320	315	415	1.050
<b>Totale</b>	<b>7.064</b>	<b>38.542</b>	<b>64.332</b>	<b>109.938</b>

Fonte: XIV Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 2001.

**Tabella 27 bis - Occupati, per fasce d'età – Distretto di Ponente. Censimento anno 2001**

	15-19	20-29	30-54	55 e più	Totale
Agazzano	10	131	533	98	772
Bobbio	9	260	921	158	1.348
Borgonovo Val Tidone	40	520	1.998	288	2.846
Calendasco	15	229	664	93	1.001
Caminata	1	17	67	15	100
Castel San Giovanni	82	1.005	3.381	498	4.966
Cerignale	-	8	49	10	67
Coli	3	61	229	35	328
Corte Brugnatella	3	51	176	27	257
Gazzola	11	115	490	122	738
Gossolengo	15	326	1.252	185	1.778
Gragnano Trebbiense	25	319	1.083	138	1.565
Nibbiano	14	183	649	136	982
Ottone	-	21	122	31	174
Pecorara	-	41	153	29	223
Pianello Val Tidone	17	174	616	115	922
Piozzano	-	36	178	62	276
Rivergaro	19	412	1.637	266	2.334
Rottofreno	62	727	2.770	333	3.892
Sarmato	19	271	711	87	1.088
Travo	8	139	509	100	756
Zerba	-	3	15	9	27
Ziano Piacentino	21	166	703	160	1.050
<b>Totale</b>	<b>1.355</b>	<b>20.896</b>	<b>75.651</b>	<b>12.036</b>	<b>109.938</b>

Fonte: XIV Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 2001.

**Tabella 27 ter – Occupati per settore e fascia d'età nel Distretto di Ponente. Censimento anno 2001.**

	agricoltura				
	15-19	20-29	30-54	55 e più	Totale
<b>Comuni</b>					
Agazzano	2	11	60	27	100
Bobbio	-	4	55	15	74
Borgonovo Val Tidone	1	28	129	51	209
Calendasco	-	12	36	21	69
Caminata	-	1	8	3	12
Castel San Giovanni	2	42	126	48	218

Cerignale	-	1	5	2	8
Coli	-	8	36	10	54
Corte Brugnatella	1	2	31	7	41
Gazzola	1	8	61	37	107
Gossolengo	2	14	57	36	109
Gragnano Trebbiense	1	19	55	31	106
Nibbiano	-	21	74	58	153
Ottone	-	2	6	2	10
Pecorara	-	7	34	10	51
Pianello Val Tidone	2	14	76	35	127
Piozzano	-	7	41	27	75
Rivergaro	3	32	102	29	166
Rottofreno	4	15	69	38	126
Sarmato	1	8	30	14	53
Travo	-	4	59	34	97
Zerba	-	-	-	1	1
Ziano Piacentino	5	30	197	88	320
<b>Totale</b>	<b>67</b>	<b>798</b>	<b>4.250</b>	<b>1.949</b>	<b>7.064</b>
	<b>industria</b>				
	<b>15-19</b>	<b>20-29</b>	<b>30-54</b>	<b>55 e più</b>	<b>Totale</b>
<b>Comuni</b>					
Agazzano	7	60	185	26	278
Bobbio	2	87	269	35	393
Borgonovo Val Tidone	28	259	824	88	1.199
Calendasco	11	103	278	28	420
Caminata	1	6	28	6	41
Castel San Giovanni	52	459	1.318	163	1.992
Cerignale	-	3	15	2	20
Coli	1	19	63	9	92
Corte Brugnatella	1	19	43	4	67
Gazzola	5	45	154	30	234
Gossolengo	7	117	405	54	583
Gragnano Trebbiense	16	142	452	45	655
Nibbiano	7	91	271	36	405
Ottone	-	6	31	7	44
Pecorara	-	15	60	4	79
Pianello Val Tidone	11	81	232	27	351
Piozzano	-	15	47	7	69
Rivergaro	7	154	565	90	816
Rottofreno	35	321	1.050	115	1.521
Sarmato	12	147	322	37	518
Travo	4	53	149	24	230
Zerba	-	1	5	3	9
Ziano Piacentino	13	62	208	32	315
<b>Totale</b>	<b>731</b>	<b>8.419</b>	<b>25.963</b>	<b>3.429</b>	<b>38.542</b>
	<b>terzo settore</b>				
	<b>15-19</b>	<b>20-29</b>	<b>30-54</b>	<b>55 e più</b>	<b>Totale</b>
<b>Comuni</b>					
Agazzano	1	60	288	45	394
Bobbio	7	169	597	108	881
Borgonovo Val Tidone	11	233	1.045	149	1.438

Calendasco	4	114	350	44	512
Caminata	-	10	31	6	47
Castel San Giovanni	28	504	1.937	287	2.756
Cerignale	-	4	29	6	39
Coli	2	34	130	16	182
Corte Brugnatella	1	30	102	16	149
Gazzola	5	62	275	55	397
Gossolengo	6	195	790	95	1.086
Gragnano Trebbiense	8	158	576	62	804
Nibbiano	7	71	304	42	424
Ottone	-	13	85	22	120
Pecorara	-	19	59	15	93
Pianello Val Tidone	4	79	308	53	444
Piozzano	-	14	90	28	132
Rivergaro	9	226	970	147	1.352
Rottofreno	23	391	1.651	180	2.245
Sarmato	6	116	359	36	517
Travo	4	82	301	42	429
Zerba	-	2	10	5	17
Ziano Piacentino	3	74	298	40	415
<b>Totale</b>	<b>557</b>	<b>11.679</b>	<b>45.438</b>	<b>6.658</b>	<b>64.332</b>

Fonte: XIV Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 2001.

Il dato più evidente riguarda la maggiore incidenza del terziario (58,52%) rispetto ad agricoltura (6,42%) ed industria (35,06%) ed una concentrazione della forza lavoro (68,8% del totale degli occupati) nella fascia d'età 30-58 anni. Si nota, peraltro, come i giovani (15-19 anni) che lavorano sono più presenti nell'industria che non nel terziario.

La tabella che segue mette a confronto la **situazione provinciale dell'occupazione** nel 2004 e nel 2007.

**Tabella 28 - Dati provinciali di occupazione.**

Provincia	2004			2007		
	M	F	MF	M	F	MF
Popolazione di anni 15 e oltre	115.365	124.239	239.604	118.162	126.480	244.642
15-24	11.214	10.485	21.699	11.959	10.935	22.894
25-54	59.483	56.524	116.007	60.979	58.185	119.164
55 e oltre	44.668	57.230	101.898	45.224	57.360	102.584
Forze lavoro (pop. 15-64 anni)	88.270	85.226	173.496	89.979	86.584	176.563
Occupati	68.000	44.000	112.000	74.000	49.000	122.000
Persone in cerca di occupazione (iscritti al Centro per Impiego)	2.107	4.430	6.537	3.394	6.517	9.911
Tasso di attività 15-64 anni	76,6%	54,5%	65,8%	80,3%	58,4%	69,5%
Tasso di occupazione 15-64 anni	74,9%	51,8%	63,5%	79,4%	56,0%	67,9%
Tasso di disoccupazione	2,2%	5,0%	3,4%	1,1%	4,0%	2,2%

Fonte: ISTAT per la popolazione, rilevazione continua sulle forze di lavoro ISTAT per gli occupati e per i tassi, Ufficio Statistica Provincia di Piacenza per le persone in cerca di occupazione

Si nota come, dal 2004 al 2007, il tasso di attività sia aumentato sia per i maschi che per le femmine, così come il tasso di occupazione. Gli iscritti al Centro per l'Impiego sia maschi che femmine sono altresì aumentati nel periodo considerato, a fronte di un decremento del tasso di disoccupazione al 3,4% al 2,2%.

Le tabelle che seguono descrivono la situazione degli **avviamenti al lavoro** in Provincia di Piacenza per tipo di contratto, per genere, per settore di occupazione e per età del lavoratore.

**Tabella 29 – Avviamenti al lavoro in Provincia di Piacenza per tipo di contratto e genere. Anno 2007**

DIPENDENTE	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale
Apprendistato	1.572	979	2.551	4,8%
Inserimento – Formazione Lavoro	97	75	172	0,3%
Somministrato	3.650	2.702	6.352	12,0%
Intermittente a tempo determinato	197	579	776	1,5%
Altri tempo determinato	10.257	13.044	23.301	43,9%
Tempo indeterminato	9.000	7.536	16.536	31,2%
<b>AUTONOMO</b>				
Collaborazione a progetto occasionale	1.511	1.464	2.975	5,6%
Associazione in partecipazione	129	89	218	0,4%
Lavoro autonomo	38	125	163	0,3%
<b>TOTALE</b>	<b>26.451</b>	<b>26.593</b>	<b>53.044</b>	<b>100%</b>

Fonte: Provincia di Piacenza, Osservatorio del mercato del lavoro.

I contratti a tempo indeterminato interessano meno di un terzo dei rapporti di lavoro attivati nel corso del 2007. Si nota inoltre come i rapporti di lavoro si distribuiscano diversamente in base al genere dei lavoratori: l'incidenza dei contratti a tempo indeterminato per i maschi è superiore di sei punti percentuali rispetto alle femmine (il 34% dei maschi contro il 28% delle femmine). Per le lavoratrici, invece, l'area di ingresso al lavoro risulta essere caratterizzata da un maggiore livello di flessibilità, come si evince dal 62% dei contratti a termine per le lavoratrici, contro il 54% per gli uomini. L'apprendistato, infine, coinvolge in misura maggiore i ragazzi maschi (6% contro il 4% delle femmine).

**Tabella 30 – Avviamenti al lavoro in Provincia di Piacenza alle dipendenze per contratto, anni 2004-2007**

Tipo di contratto	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
Contratti a tempo determinato	58,6%	63,5%	63,7%	61,6%
Contratti di apprendistato	7,1%	6,7%	6,9%	5,1%
Contratti a tempo indeterminato	34,3%	29,8%	29,3%	33,3%

Fonte: Provincia di Piacenza, Osservatorio del mercato del lavoro

Si osserva come nel biennio 2005-2006 sia progressivamente aumentato il peso degli avviamenti a carattere temporaneo, di pari passo con la diminuzione del peso dei contratti a tempo indeterminato. Nel 2007, invece, si nota una ripresa dell'incidenza di questi ultimi (+4% rispetto al 2006), contro un calo dell'incidenza dei rapporti a tempo determinato (-2,1%) e dell'apprendistato (-1,8%).

Tabella 31 - Avviamenti al lavoro in Provincia di Piacenza per settore ed età del lavoratore, anni 2004-2007

AVVIAMENTI AL LAVORO	ANNO 2004			ANNO 2005			ANNO 2006			ANNO 2007 (*)		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE									
<b>SETTORI - CLASSI DI ETÀ</b>												
<b>AGRICOLTURA</b>												
< 25 ANNI	787	374	1.161	674	363	1.037	636	316	952	787	440	1.227
DA 25 A 29 ANNI	378	275	653	327	226	553	335	240	575	352	249	601
> 29 ANNI	2.275	1.745	4.020	2.165	1.515	3.680	2.230	1.910	4.140	2.478	1.941	4.419
<b>TOTALE</b>	<b>3.440</b>	<b>2.394</b>	<b>5.834</b>	<b>3.166</b>	<b>2.104</b>	<b>5.270</b>	<b>3.201</b>	<b>2.466</b>	<b>5.667</b>	<b>3.617</b>	<b>2.630</b>	<b>6.247</b>
<b>INDUSTRIA</b>												
< 25 ANNI	2.212	441	2.653	1.882	386	2.268	2.491	557	3.048	3.127	709	3.836
DA 25 A 29 ANNI	1.284	344	1.628	1.120	259	1.379	1.680	587	2.267	1.847	591	2.438
> 29 ANNI	3.927	1.261	5.188	3.610	1.340	4.950	6.052	2.256	8.308	6.395	2.112	8.507
<b>TOTALE</b>	<b>7.423</b>	<b>2.046</b>	<b>9.469</b>	<b>6.612</b>	<b>1.985</b>	<b>8.597</b>	<b>10.223</b>	<b>3.400</b>	<b>13.623</b>	<b>11.369</b>	<b>3.412</b>	<b>14.781</b>
<b>ALTRE ATTIVITA'</b>												
< 25 ANNI	2.455	2.930	5.385	2.365	2.783	5.148	1.341	2.068	3.409	1.905	3.337	5.242
DA 25 A 29 ANNI	1.885	2.126	4.011	1.692	2.247	3.939	1.223	1.863	3.086	1.902	2.714	4.616
> 29 ANNI	4.776	5.738	10.514	5.076	5.759	10.835	4.578	5.441	10.019	5.322	8.238	13.560
<b>TOTALE</b>	<b>9.116</b>	<b>10.794</b>	<b>19.910</b>	<b>9.133</b>	<b>10.789</b>	<b>19.922</b>	<b>7.142</b>	<b>9.372</b>	<b>16.514</b>	<b>9.129</b>	<b>14.289</b>	<b>23.418</b>
<b>AMM.NI DELLO STATO E P.A. Art.16 L.56/87 (**)</b>												
< 25 ANNI	0	30	30	2	48	50	8	56	64	40	174	214
DA 25 A 29 ANNI	5	45	50	2	65	67	33	314	347	147	1.081	1.228
> 29 ANNI	23	384	407	7	244	251	132	859	991	676	3.787	4.463
<b>TOTALE</b>	<b>28</b>	<b>459</b>	<b>487</b>	<b>11</b>	<b>357</b>	<b>368</b>	<b>173</b>	<b>1.229</b>	<b>1.402</b>	<b>863</b>	<b>5.042</b>	<b>5.905</b>
<b>TOTALE</b>												
< 25 ANNI	5.454	3.775	9.229	4.923	3.580	8.503	4.476	2.997	7.473	5.859	4.660	10.519
DA 25 A 29 ANNI	3.552	2.790	6.342	3.141	2.797	5.938	3.271	3.004	6.275	4.248	4.635	8.883
> 29 ANNI	11.001	9.128	20.129	10.858	8.858	19.716	12.992	10.466	23.458	14.871	16.078	30.949
<b>TOTALE</b>	<b>20.007</b>	<b>15.693</b>	<b>35.700</b>	<b>18.922</b>	<b>15.235</b>	<b>34.157</b>	<b>20.739</b>	<b>16.467</b>	<b>37.206</b>	<b>24.978</b>	<b>25.373</b>	<b>50.351</b>
<b>SPECIFICHE</b>												
AVVIAMENTI PART - TIME	2.041	6.057	8.098	2.033	6.204	8.237	2.056	6.217	8.273	9.671	3.135	12.806
AVVIAMENTI A TEMPO DETERMINATO	11.489	10.209	21.698	11.848	10.558	22.406	12.330	11.452	23.782	14.201	16.400	30.601

Fonte: Provincia di Piacenza, Osservatorio del mercato del lavoro

I dati mostrano come nel 2007, dopo una certa flessione negli anni 2005 o 2006 diversificata a seconda del settore, si noti una ripresa del numero di avviamenti per tutte le fasce d'età. Si nota inoltre nel 2007 un aumento consistente rispetto all'andamento degli anni precedenti degli avviamenti part-time e a tempo determinato.

Le tabelle 32, 32bis e 33 fotografano, infine, la situazione delle imprese attive in Provincia di Piacenza e nel Distretto di Ponente, con particolare attenzione alle attività imprenditoriali gestite da cittadini extracomunitari ed alle imprese femminili.

**Tabella 32 – Imprese attive in Provincia di Piacenza per settore di attività economica, imprenditori individuali extracomunitari e imprenditrici femminili (titolari di impresa, amministratrici, socie ed altre cariche). Anno 2007.**

SETTORE	IMPRESE ATTIVE	DI CUI IMPRESE ARTIGIANE	DI CUI IMPRENDITORI INDIVIDUALI EXTRACOMUNITARI	DI CUI IMPRENDITRICI DONNE*
A agricoltura ,caccia e silvicoltura	6313	168	29	2107
B pesca piscicoltura e servizi connessi	2	0	0	1
C industria estrattiva	22	9	0	10
D attività manifatturiere	3181	2239	96	1658
E prod.ne e distribuzione energia elettr. gas acqua	17	1	0	17
F costruzioni	4986	4144	963	662
G. comm.ingr.e dettaglio-rip.beni pers.e la casa	6678	683	337	3545
H alberghi e ristoranti	1445	3	18	1426
I trasporti magazzinaggio e comunicaz.	1276	910	81	413
J intermediazione monetaria e finanziaria	563	2	9	236
K attività immobiliare. Noleggio informat.ricerca	2578	269	39	1776
M istruzione	83	13	1	85
N sanità e altri servizi sociali	102	3	3	143
O altri servizi pubblici , sociali e personali	1224	903	18	1195
X imprese non classificate	58	5	4	500

Fonte: Camera di Commercio di Piacenza

\*Imprenditrici donne: si intende il numero di donne attive come in imprese in qualità di titolari, socie, amministratrici, altre cariche

**Tabella 32 bis – Imprese femminili nei Comuni del Distretto di Ponente. Anno 2007.**

Comuni	Imprese femminili	Totale imprese	% Imprese femm. su tot.
Agazzano	48	243	19,8
Bobbio	143	569	25,1
Borgonovo Val Tidone	154	669	23,0
Calendasco	60	311	19,3
Caminata	7	31	22,6
Castel San Giovanni	304	1331	22,8
Cerignale	7	34	20,6
Coli	40	178	22,5
Corte Brugnatella	25	106	23,6
Gazzola	52	242	21,5
Gossolengo	67	359	18,7
Gragnano Trebbiense	69	374	18,4
Nibbiano	96	412	23,3
Ottone	14	82	17,1
Pecorara	24	164	14,6
Pianello Val Tidone	87	351	24,8
Piozzano	41	183	22,4
Rivergaro	139	634	21,9
Rottofreno	172	870	19,8
Sarmato	47	275	17,1
Travo	99	374	26,5

Zerba	1	13	7,7
Ziano Piacentino	94	429	21,9
<b>Totale</b>	<b>1790</b>	<b>8.234</b>	<b>20,7</b>

Fonte: Camera di Commercio di Piacenza

**Tabella 33 - Rapporto tra la presenza di attività economiche e la popolazione nei Comuni del Distretto di Ponente**

Comuni	Popolazione al 1.1.2008			Attività economiche al 1.1.2008		
	Sup. Km2	Residenti	Densità	Unità locali	Imprese registrate	Imprese / 100 abitanti
Agazzano	35,88	2054	57,25	288	243	11,83%
Bobbio	106,47	3723	34,97	654	569	15,28%
Borgonovo Val Tidone	51,72	7484	144,70	776	669	8,94%
Calendasco	37,30	2460	65,95	385	311	12,64%
Caminata	3,17	297	93,69	34	31	10,44%
Castel San Giovanni	44,67	13696	306,60	1614	1331	9,72%
Cerignale	31,51	170	5,40	36	34	20,00%
Coli	72,14	1007	13,96	192	178	17,68%
Corte Brugnatella	46,32	712	15,37	114	106	14,89%
Gazzola	44,13	1984	44,96	274	242	12,20%
Gossolengo	31,47	5022	159,58	434	359	7,15%
Gagnano Trebbiense	34,59	4326	125,07	444	374	8,65%
Nibbiano Val Tidone	44,01	2345	53,28	445	412	17,57%
Ottone	98,41	623	6,33	96	82	13,16%
Pecorara	53,70	829	15,44	174	164	19,78%
Pianello Val Tidone	36,39	2284	62,76	394	351	15,37%
Piozzano	43,57	663	15,22	193	183	27,60%
Rivergaro	43,77	6714	153,39	730	634	9,44%
Rottofreno	34,53	11179	323,75	1072	870	7,78%
Sarmato	26,96	2852	105,79	334	275	9,64%
Travo	80,39	2051	25,51	402	374	18,24%
Zerba	25,12	105	4,18	15	13	12,38%
Ziano Piacentino	32,91	2717	82,56	466	429	15,79%
<b>Totali</b>	<b>1059,13</b>	<b>75297</b>	<b>71,09</b>	<b>9566</b>	<b>8234</b>	<b>10,94%</b>

Fonte: Camera di Commercio di Piacenza

Per quanto riguarda il Distretto di Ponente si configura in ambito socio-economico la presenza di un totale di 8.234 imprese (nel 2007), di cui il 20,7% imprese femminili ed una percentuale media di attività economiche in rapporto agli abitanti sul territorio (rapporto fra n° imprese e n° abitanti ) dell'10,94%.

Non bisogna tuttavia sottovalutare la situazione congiunturale negativa a livello nazionale ed europeo, che fa registrare già dagli ultimi mesi del 2008 una situazione di decrescita a livello economico. Tale evento rischia di provocare una contrazione delle produzioni industriali che può avere conseguenze particolarmente determinanti nelle zone come il nostro territorio, dove il settore industriale rappresenta la principale fonte di occupazione (tabella 27) dopo il settore terziario. Considerando la stretta correlazione tra i due settori ne consegue, a cascata, una previsione di riduzione dell'occupazione anche in quest'ultimo settore, molto importante per l'economia locale.

## 6. AREA “RESPONSABILITÀ FAMILIARI, INFANZIA, ADOLESCENZA E GIOVANI”

### 6.1 - INTRODUZIONE

Questo paragrafo intende costituire un'introduzione alle tabelle che seguono, le quali specificano nel dettaglio i bisogni individuati dal Profilo di Comunità in ambito distrettuale rispetto ai singoli target - “responsabilità familiari”, “infanzia e adolescenza”, “giovani”- nonché quelli riferiti all'integrazione gestionale e professionale, e declinano, poi, gli obiettivi prioritari in ambito sociale, socio-sanitario e dei servizi sanitari territoriali che si intendono perseguire nel triennio 2009-2011, gli obiettivi di integrazione con le altre politiche e gli indicatori di risultato per la valutazione del piano.

L'analisi delle criticità e dei bisogni del Distretto di Ponente, stante la complessità dovuta alla estensione e alle diversità demografiche, è stata condotta nelle diverse sub-aree geografiche che compongono il Territorio, per garantire una maggiore aderenza alle peculiarità di ogni zona; le problematiche emerse sono state riportate al Tavolo Minori Distrettuale quale momento di sintesi necessario al completamento del processo di definizione degli obiettivi, preliminare alla loro validazione e integrazione da parte dell'Ufficio di Piano.

Tale processo è stato sostenuto dalla costituzione di un *Gruppo di lavoro permanente* composto da operatori sociali e sanitari e dalla “Figura di sistema” in continuità con il metodo sperimentato e consolidato negli anni, a partire dal percorso introdotto dalla L.285/97.

I bisogni e le criticità territoriali così definiti, hanno trovato corrispondenza nel *Profilo di Comunità* provinciale e possono essere così sintetizzati:

- Fragilità delle famiglie:
  - necessità di sostegno educativo e relazionale, in particolare ai neo-genitori;
  - necessità di percorsi nascita e di sostegno all'allattamento al seno
  - incremento dei casi di minori allontanati dal nucleo familiare per gravi situazioni di maltrattamento e abuso
  - alto numero di famiglie a rischio connotate da situazioni di fragilità materna conclamata (madri tossicodipendenti, con problemi psichici, madri sole...)
  - incremento della conflittualità familiare e di situazioni di violenza intrafamiliare
  - necessità di promuovere la cultura dell'affido, fornendo alle famiglie il necessario supporto
  - dai primi mesi del 2009 emerge sempre più evidente la difficoltà economica in cui versano le famiglie a monoreddito o con lavoro precario
- Solitudine dei genitori di minori disabili:
  - necessità di sostegno ai genitori
  - necessità di assistenza domiciliare per minori disabili gravi
- Problematiche legate all'aumento costante delle famiglie migranti:
  - fragilità, isolamento, difficoltà di integrazione e di mediazione culturale
  - necessità di sostegno all'apprendimento della lingua italiana e all'inserimento scolastico
  - problemi connessi con il ricongiungimento familiare, in particolare di minori adolescenti; grave disagio dei giovani migranti di “seconda generazione” connesso al disorientamento derivante dalla non condivisione della cultura familiare, non sentendosi ancora appartenenti a quella del contesto sociale
  - necessità di percorsi di sostegno alla maternità che tengano conto delle caratteristiche culturali
  - fenomeno di minori stranieri privi di riferimenti parentali, presenti in gran numero soprattutto in Val Tidone

- Disagio crescente dell'infanzia e dell'adolescenza
  - bisogno di punti di riferimento educativi, di occasioni per la socializzazione e partecipazione alla vita della comunità locale
  - necessità di potenziare centri educativi semiresidenziali, che attualmente prevedono frequenze a giorni alterni per rispondere almeno in parte alle esigenze di tutti i minori segnalati
  - carenze di spazi di aggregazione adeguati
  - carenza di opportunità per il tempo libero-inserimento sociale per i minori disabili
  - gravità del fenomeno della dipendenza da sostanze legali ed illegali, con abbassamento dell'età; comportamenti sessuali non consapevoli
  - aumento dei minori a rischio di devianza con la necessità di garantire loro un sostegno individuale e percorsi di formazione e di accompagnamento al lavoro
  - necessità di "punti di ascolto" per gli adolescenti e i giovani,
  - violenza psicologica e fisica sulle ragazze da parte dei coetanei
  - necessità di interventi sulla sicurezza per adolescenti e giovani anche per prevenire gli incidenti stradali

Rispetto agli **obiettivi di integrazione gestionale e professionale**, i bisogni che emergono a livello distrettuale riguardano, in particolare, la necessità di continuare a lavorare per il consolidamento della rete fra servizi sociali, sanitari, socio-sanitari ed ambito scolastico, educativo, del tempo libero, tramite la costruzione di team interservizi, di protocolli operativi di rete e l'offerta di occasioni di formazione, supervisione e scambio fra gli operatori distrettuali.

Le criticità strutturali rilevate e gli obiettivi di sistema sono riconducibili a:

- disomogeneità dei servizi per minori (la Sub-Area della montagna per ragioni geografiche e demografiche presenta carenze nella rete dei servizi ) e necessità di superare la frammentazione della progettualità a favore di bambini e adolescenti
- carenza dei servizi 0-3 anni più evidente in Montagna dove non è presente il servizio, ma anche difficoltà dei Comuni sede di nido a garantire la gratuità a famiglie in difficoltà ; necessità di migliorare e completare i "normali" percorsi sanitari di sostegno alla maternità e all'allattamento materno
- carenza delle risorse umane e necessità di formazione idonea ad affrontare le nuove problematiche
- necessità di consolidare l'offerta dei centri semiresidenziali per minori a rischio sociale
- carenza di strutture di accoglienza residenziali psico-educative per bambini e adolescenti maltrattati/abusati, con necessità di interventi di psicoterapia
- necessità di potenziare la rete tra pubblico-privato-scuola-servizi, in particolare tra consultori pediatrici, pediatri di famiglia, Pediatria di comunità, MMG, NPIA e Servizi Sociali al fine di individuare tempestivamente minori/famiglie in situazione di disagio
- carenza dell'offerta di consulenza, interventi, indirizzati agli adolescenti e alle famiglie nella sfera della affettività, sessualità, contraccezione
- necessità del mantenimento di una figura stabile con funzione di coordinamento e monitoraggio (**figura di sistema**) in grado di promuovere e presidiare i percorsi di messa in rete di operatori, servizi e politiche per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie, anche alla luce del recente riassetto territoriale del Distretto.

**6.2 - AREA INFANZIA E ADOLESCENZA, GIOVANI**

Tabella 1 - gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input checked="" type="checkbox"/>	Giovani <input checked="" type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>		Prevenzione			Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>			

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE**

Questi i principali bisogni emersi dal Profilo di Comunità in ambito distrettuale rispetto ai **target “infanzia e adolescenza” e “giovani”**:

- Necessità di agire precocemente ed in senso preventivo (prevenzione primaria e secondaria) sul **disagio crescente dell'infanzia e dell'adolescenza**. Si conferma, rispetto al precedente triennio, il bisogno di bambini e ragazzi di essere ascoltati, accompagnati, educati all'affettività, al riconoscimento ed alla gestione delle proprie emozioni da parte di adulti competenti con cui essi ricercano un confronto. Dal monitoraggio del progetto “Sostegno al ruolo di studente, genitore, insegnante” (Cfr Piano Triennale 2005/07) realizzato negli scorsi anni, emerge la difficoltà dei ragazzi a tollerare la frustrazione, la loro fragilità nel passaggio infanzia-preadolescenza-adolescenza). Gli insegnanti segnalano come l'età critica si stia abbassando, cosicché il bisogno emergente è quello di intercettare i minori già alla scuola primaria per poter lavorare realmente in senso preventivo, senza trascurare tuttavia il sostegno ed il contrasto al disagio durante il periodo adolescenziale. A riprova di questo diffuso malessere dei ragazzi, si registrano in numero crescente episodi di vandalismo e di atteggiamenti aggressivi rilevati in diversi contesti del territorio distrettuale.

- Questi adolescenti hanno bisogno di punti di riferimento educativi, di occasioni per la socializzazione e per la partecipazione alla vita della comunità locale (verso una cittadinanza attiva); sul territorio, invece, permane una carenza di spazi di aggregazione adeguati (attività di educativa di strada, **centri di aggregazione giovanile**, esperienze di protagonismo giovanile, ecc.), il progetto dello scorso Piano Triennale “*Consolidamento e diffusione dell'esperienza di educativa di strada e degli spazi aggregativi*” non è riuscito in realtà a raggiungere l'obiettivo di promuovere la realizzazione di nuovi centri di aggregazione/educativa di strada che sono tuttora presenti solo in alcuni Comuni: Agazzano, Gragnano, Gossolengo, Bobbio, Sarmato.

Il grande lavoro dei **centri educativi semiresidenziali** e dell'**esperienza di educativa di transito**, gestiti dal Servizio Sociale aziendale per il territorio della Valtidone, che ha sperimentato la collaborazione tra servizi psico-sociali, scuola, NPI, e iniziato a realizzare forme di sostegno alla genitorialità fragile, necessiterebbe di un respiro più ampio per rispondere a numeri di utenza sempre crescenti ed a bisogni educativi sempre più complessi. Occorre inoltre assicurare agli educatori la necessaria supervisione e attività di formazione e di messa in rete con i **Centri educativi** comunali di Gossolengo e Travo, i “doposcuola” comunali e parrocchiali, le associazioni sportive del territorio.

- I dati provinciali sull'**uso di sostanze** legali (fumo e alcool) ed illegali sono, inoltre, una sentinella importante: bisogno emergente è, quindi, quello di attivare o potenziare, laddove già esistono, i servizi di prossimità e le unità mobili con obiettivo di prevenzione secondaria e di cura rispetto al problema della dipendenza (che sempre più direttamente e precocemente coinvolge i minorenni).

- Dai Tavoli tematici zonali emerge, inoltre, il bisogno di promuovere l'espressività, l'uso dei nuovi linguaggi, la creatività, l'associazionismo giovanile e di promuovere il collegamento con gli Informagiovani provinciali per favorire l'accesso alle informazioni e individuazione di altri canali.

- Si evidenzia, inoltre, il bisogno di percorsi individualizzati e di sostegno individuale per adolescenti a rischio sociale e di percorsi di formazione ed accompagnamento al lavoro.

- È sempre più evidente il grave disagio dei **giovani migranti** che arrivano, durante tutto il corso dell'anno scolastico, nelle scuole di ogni ordine: si tratta di un disagio non soltanto legato alla lingua, ma spesso connesso al disorientamento proprio dello sradicamento culturale, alla necessità di rielaborare, sotto la guida di adulti competenti, il proprio vissuto di migrante. A ciò si aggiunge il disagio proprio delle seconde generazioni, cioè di quei bambini e ragazzi nati in Italia (o arrivati qui prestissimo) che si trovano a convivere – e a scontrarsi – con le regole imposte dalla famiglia di origine, spesso rigide e in contrasto con i canoni di vita italiani, che questi ragazzi vivono in prima persona e condividono. Da segnalare il disagio espresso dagli adolescenti arrivati in Italia per ricongiungimento familiare presso genitori che non ri-conoscono, disagio aggravato dalla "diversità" quando questa è sottolineata anche dal colore della pelle. Si apre quindi la necessità di un supporto specifico per questi ragazzi.

- Da segnalare la presenza sul territorio di un numero elevato di **minori adolescenti stranieri non accompagnati**, concentrati sul territorio della Zona sociale V.Tidone e V.Luretta: n. 40 in carico nell'anno 2007, n. 39 nell'anno 2008 (comuni di Gossolengo e Rivergaro: n. 1 nell'anno 2008; Comunità Montana di Bobbio : nessuno), per i quali è necessario attivare in modo tempestivo progettualità specifiche di tutela, accompagnamento e formazione, al fine di favorirne l'integrazione sociale, scolastica e lavorativa e l'elaborazione di percorsi di vita personalizzati (si noti che occorrono molti mesi per la loro regolarizzazione durante i quali non è consentito avviarli ad un'attività lavorativa, ed è contestualmente impossibile l'inserimento in un percorso scolastico per i ragazzi che arrivano nel primo semestre dell'anno).

- Si evidenzia, infine, la mancanza di opportunità per il tempo libero-inserimento sociale per i **minori disabili** ed il bisogno di potenziamento e qualificazione delle attività laboratoriali pomeridiane esistenti. Sempre rispetto ai minori diversamente abili, si segnala il bisogno di riorganizzare il servizio di assistenza scolastica comunale attraverso il lavoro integrato in modo sistematico di operatori delle scuole, dei Comuni e della NPIA.

**OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI  
SANITARI TERRITORIALI**

In linea con quanto previsto nell'“Atto di indirizzo e coordinamento provinciale per il triennio 2009-2011” della Conferenza Territoriale sociale e sanitaria, si evidenziano i seguenti obiettivi prioritari per il triennio 2009-2011 in riferimento ai **target “infanzia e adolescenza” e “giovani”**:

1- (finalità preventive) **Sostegno dell'utenza giovanile debole e delle fasce a rischio** (interventi di prevenzione secondaria), attraverso il consolidamento delle attività dei centri educativi, il potenziamento dell'esperienza dell'educativa di transito (progetti individualizzati) e lo sviluppo delle unità di strada e delle funzioni di prossimità per contrastare la diffusione delle dipendenze. Obiettivo del triennio è, quindi, da un lato, il mantenimento dell'attività dei Centri educativi e, dall'altro, quello di dotare il distretto di funzioni di prossimità efficaci, in grado di intercettare i giovani consumatori nei loro luoghi di aggregazione.

2- (finalità preventive e promozionali) **Contrasto al disagio di bambini ed adolescenti** attraverso lo sviluppo di percorsi di potenziamento delle risorse individuali e di gruppo, percorsi di cittadinanza attiva, percorsi di alfabetizzazione emotiva, di formazione e confronto e spazi d'ascolto per ragazzi realizzati all'interno della scuola e sul territorio. In particolare, obiettivo strategico triennale è la creazione di uno **“Spazio Adolescenza”** interno al Centro di sostegno per le Famiglie, che possa sintetizzare le buone prassi emerse dalle esperienze dalla triennalità precedente sul progetto di **“Sostegno al ruolo di studente, genitore e insegnante”**, restituendo al territorio uno spazio flessibile, dedicato agli adolescenti, presidiato da adulti competenti, in rete con i servizi e finalizzato ad offrire un supporto alla crescita a 360°, presente nei luoghi di aggregazione formali (scuola, centri educativi ed aggregativi, servizi del tempo libero) dei ragazzi, ma al contempo dotato di una struttura di riferimento (il Centro Famiglie) e, in questo modo, accessibile a tutti gli adolescenti del territorio e alle loro famiglie.

3- (finalità preventive e promozionali) Favorire l'**integrazione sociale e scolastica dei minori stranieri**, potenziando l'utilizzo di mediatori interculturali all'interno delle scuole (per l'accoglienza dei minori stranieri neo-arrivati), promuovendo nella scuola e nel territorio la cultura della multiculturalità e sostenendo bambini ed adolescenti migranti con appositi interventi di contrasto del disagio e promozione del benessere (vedi obiettivo precedente e **“Spazio Adolescenza”**). In particolare, si ritiene prioritario intervenire per offrire tempestivamente ai minori stranieri non accompagnati attività propedeutiche all'inserimento scolastico e/o lavorativo, in collaborazione con il mondo scolastico e/o della formazione professionale.

4- (finalità preventive, promozionali e di assistenza/cura) Per quanto riguarda i **minori diversamente abili**, obiettivo prioritario è la realizzazione di attività laboratoriali pomeridiane dedicate, oltre ad una riorganizzazione più funzionale del servizio di assistenza scolastica e ad un sostegno all'integrazione sociale attraverso il loro inserimento in contesti educativi extrascolastici e di tempo libero.

5 - (finalità preventive, promozionali e di assistenza/cura) Obiettivo prioritario trasversale ad altri target è, infine, la realizzazione di azioni di sistema, attraverso il mantenimento del gruppo di lavoro costituito da operatori di servizi sociali e sanitari, integrato al bisogno con operatori del privato sociale e coordinato dalla figura di sistema, per la messa in rete dei servizi ed il miglioramento del lavoro di rete fra operatori di servizi diversi (sociali, sanitari, scolastici, del terzo settore ecc.), tanto più importante se si pensa al recente riassetto territoriale ed alla necessità di lavorare per la creazione di un'identità di Distretto.

In particolare, rispetto ai target “infanzia e adolescenza” e “giovani”, gli obiettivi del triennio riguardano la prosecuzione del lavoro di messa in rete fra i diversi servizi dedicati all’adolescenza, la promozione delle forme di coordinamento tra gli attori della prevenzione, lo studio di protocolli di collaborazione fra servizi e di raccordo con agenzie diverse da quelle del pubblico, la costruzione di interventi integrati con le politiche scolastiche, giovanili, culturali e sportive, il potenziamento della comunicazione scuola-famiglia-servizi e la realizzazione di protocolli con la scuola, di iniziative di formazione e supervisione rivolte agli operatori, nonché di promozione dell’intercultura.

### *OBIETTIVI D’INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE \*\**

Gli obiettivi prioritari per il triennio saranno perseguiti in coerenza e stretta connessione con le politiche per la scuola e la formazione: le azioni di sostegno ad infanzia ed adolescenza, così come le azioni di sistema, in particolare, coinvolgono direttamente i diversi attori della scuola di ogni ordine e grado, nonché gli enti di formazione professionale presenti sul territorio. Le scuole sono infatti considerate un luogo privilegiato per lavorare in senso promozionale e preventivo con bambini ed adolescenti e l’integrazione delle politiche e degli interventi di natura socio-sanitaria e scolastica è una delle linee di azione prioritarie della funzione di sistema.

Il progetto di accompagnamento rivolto a minori stranieri non accompagnati, inoltre, va realizzato in stretto raccordo con le politiche della scuola e del lavoro poiché mira a facilitare l’integrazione scolastica e l’inserimento lavorativo di questi giovani migranti.

Lo sviluppo di funzioni di prossimità per il contrasto della diffusione dell’uso di sostanze si integra con gli obiettivi delle politiche per la sicurezza. Si cita, a titolo di esempio, l’esperienza del “Bus della Notte”, progetto nato nel Distretto ex Val Tidone Val Luretta – e poi diffuso sperimentalmente a tutto il territorio provinciale nell’estate 2008 - che mira ad incidere positivamente sulla riduzione del numero di incidenti stradali che coinvolgono i nostri giovani, oltre che a promuovere nelle giovani generazioni la cultura della sicurezza. Questo progetto già in atto, a carico di diversi comuni della Val Tidone, potrebbe essere ampliato al resto del Territorio attraverso il coordinamento provinciale e qualificato introducendo educatori appositamente formati che, presenti sui bus, potrebbero mettere in atto azioni di informazione/formazione e prevenzione dell’abuso di sostanze.

### *INDICATORI DI RISULTATO \*\*\**

1-OBIETTIVO: sostegno dell’utenza giovanile debole e delle fasce a rischio  
 INDICATORI DI RISULTATO: quantità e efficacia degli interventi educativi; numero di minori seguiti dai centri educativi e dall’educativa di transito; quantità e qualità delle funzioni di prossimità; impatto nei termini della diminuzione del numero di giovani consumatori; rapporti con la rete.

2-OBIETTIVO: contrasto al disagio di bambini ed adolescenti  
 INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità dei servizi erogati al termine del triennio; quantità e qualità del personale dedicato; diffusione sul territorio dei servizi erogati; tipologia e numero degli accessi ai servizi erogati; rapporti con la rete.

3-OBIETTIVO: favorire l'integrazione scolastica e sociale dei minori immigrati

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità degli interventi erogati al termine del triennio; impatto nei termini di miglioramento dell'integrazione scolastica e sociale dei minori immigrati; tipologia e numero degli accessi; rapporti con la rete.

4-OBIETTIVO: miglioramento dell'offerta rivolta a minori diversamente abili

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità dei servizi erogati al termine del triennio; quantità e qualità del personale dedicato; tipologia e numero degli accessi; rapporti con la rete.

5-OBIETTIVO: mantenimento del gruppo di lavoro interservizi coordinato dalla figura di sistema per la promozione del lavoro di rete

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità degli interventi erogati al termine del triennio; livelli di partecipazione al gruppo di lavoro da parte dei diversi servizi; quantità e qualità delle occasioni di messa in rete offerte (percorsi formativi, di supervisione, eventi pubblici, protocolli di collaborazione fra servizi, ecc.).

**6.3 - AREA RESPONSABILITÀ FAMILIARI**

Tabella 1 - gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

TARGET*								
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze
X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani			Prevenzione			Cura/Assistenza		
X						X		

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE**

Questi i principali bisogni emersi dal Profilo di Comunità in ambito distrettuale rispetto al **target** “responsabilità familiari”:

- Fragilità delle famiglie e necessità di sostegno educativo e relazionale rivolto ai genitori che lamentano un sentimento diffuso di solitudine (più forte nei neogenitori), legato alla mancanza di reti sociali di supporto. Tale bisogno, segnalato come prioritario dai Servizi sociali, ma anche da quelli sanitari di sostegno alla maternità e da quelli scolastici, risulta più evidente nei sempre più numerosi nuclei monogenitoriali, e per le famiglie con figli disabili. È il ruolo stesso di genitore che è in crisi, non solo nelle famiglie cosiddette “a rischio”, ma nelle famiglie cosiddette “normali”, investite dalla rapidità dei cambiamenti e dall’ampiezza dei gap generazionali. Sono famiglie che si sentono in colpa, inadeguate, insicure, che hanno bisogno di luoghi di confronto e supporto, che devono incontrarsi per riscoprire di essere competenti. Sono famiglie sempre più complesse – monogenitoriali, ricomposte, allargate, miste -, che devono fermarsi a riflettere per non perdere di vista i nodi cruciali della loro essenza. Sono famiglie che scoppiano e che devono ritrovare il ruolo di coppia genitoriale, quando quello di coppia affettiva è finito.

- Fragilità, isolamento e difficoltà di integrazione delle famiglie migranti, sempre più numerose sul territorio (i residenti stranieri superano l’11% sul territorio distrettuale, con punte dal 14 al 17% in alcuni Comuni del Distretto), con cui è difficile la comunicazione, che partecipano poco alla vita scolastica dei figli ed, in generale, alla vita della comunità locale e che spesso hanno bisogno di informazioni ed orientamento sulle procedure di accesso e sulla fruibilità dei servizi territoriali. Si tratta di famiglie che hanno progetti stanziali nel nostro territorio, che lavorano, ma in cui spesso la donna è la componente più isolata. L’obiettivo della integrazione sociale, quindi, deve essere perseguito anche attraverso la partecipazione femminile alla vita della comunità locale. C’è quindi bisogno di avviare e/o consolidare percorsi transculturali di conoscenza, avvicinamento, contaminazione, anche per superare quel clima ostile e diffidente che si respira oggi a livello nazionale, ma che non si confà ad un territorio, fatto di piccoli centri per tradizione fondati sulla coesione sociale, in cui la famiglia migrante è prima di tutto risorsa produttiva.

- Rischio sociale per molte famiglie che vanno supportate ed accompagnate tramite interventi educativi e di sostegno precoci, come misura preventiva per ridurre interventi di tutela molto più traumatici che gli operatori si vedono costretti a mettere in atto sempre più spesso (alto numero di allontanamenti dalle famiglie di origine effettuati sul territorio distrettuale). È infatti prioritario intercettare precocemente il disagio della genitorialità specialmente in quelle situazioni di fragilità materna conclamata (madri tossicodipendenti, con problemi psichici, ma anche madri sole o con figli disabili), per prima cosa mettendo a disposizione e realizzando nel Distretto i “normali” percorsi di supporto alla maternità realizzati dai Servizi Sanitari nel Distretto Urbano.

- Necessità di reperire famiglie disponibili all'affidamento – adozione. Occorre quindi sensibilizzare le famiglie del territorio alle varie forme di affidamento e di adozione, e accompagnare, sostenere e formare le famiglie che hanno intrapreso un percorso di adozione o di affido di minori. L'affido familiare è l'alternativa forte all'istituzionalizzazione di quei minori che, per un dato periodo e per motivi diversi, non possono vivere all'interno del proprio nucleo familiare. Promuovere la cultura dell'affido diviene, allora, un bisogno prioritario per poter costruire, a livello distrettuale, un bacino di famiglie-risorse – ad oggi ancora esiguo - da poter coinvolgere ogni qualvolta si ritenga opportuno agire in questa direzione per la tutela di un minore. Analoghe sono le ragioni della priorità di un lavoro di sensibilizzazione sull'adozione. Accanto a ciò, naturalmente, è fondamentale poter offrire alle famiglie affidatarie ed adottive degli strumenti di supporto ed accompagnamento di qualità, che “premino” la scelta e non lascino questa preziosa risorsa sola.

-Necessità di intervenire per contrastare il fenomeno della violenza intrafamiliari(anche attraverso l'emersione del sommerso) e con riferimento anche ai nuclei familiari stranieri, attraverso la creazione di una rete distrettuale forte di contrasto al problema (sia a livello di prevenzione, che di assistenza e cura). I dati rilevati presso i Pronto soccorso nella Provincia di Piacenza evidenziano infatti un numero elevato di donne (n. 436 nell'anno 2008, di cui n. 171 extracomunitarie) che denunciano percosse. Di queste il 63% ha subito violenza in ambito familiare, dal marito/compagno, il 10% circa si è recata più volte in P.S.

**OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI  
SANITARI TERRITORIALI**

In linea con quanto previsto nell'Atto di indirizzo e coordinamento provinciale per il triennio 2009-2011 della Conferenza Territoriale sociale e sanitaria, il distretto considera il **supporto alla famiglia**, "primo mattone della rete comunitaria di sostegno e di aiuto", come l'obiettivo strategico da perseguire per il triennio 2009-2011.

Questi, quindi, gli **obiettivi prioritari per il triennio** nell'ambito del target "responsabilità familiari":

1- (finalità preventive, promozionali e di assistenza/cura) Consolidamento ed ulteriore sviluppo del Centro di sostegno per le Famiglie distrettuale, quale risorsa cardine del territorio per la realizzazione degli interventi di prevenzione e supporto alle famiglie, ovvero quale servizio centrale per fornire risposte competenti, diversificate e qualificate di contrasto alla fragilità familiare riscontrata dal Profilo di Comunità. Il Centro di sostegno per le Famiglie, da servizio sperimentale, dovrà diventare nel corso del triennio il punto di riferimento principale per le famiglie del territorio e, dotandosi di una struttura solida ed adeguata (a livello di personale, sedi e servizi), potrebbe diventare a fine triennio un vero e proprio Centro per le Famiglie (rif. requisiti Regione Emilia Romagna). Le esperienze dei territori che hanno il Centro Famiglie, nonché i dati raccolti in questi primi anni di progetto ed il lavoro di analisi dei bisogni che ha preceduto la stesura di questo piano, infatti, rilevano concordemente la funzionalità e l'efficacia di questo tipo di servizio per il perseguimento degli obiettivi di sostegno familiare.

Si tratta di un punto di riferimento unico cui rivolgersi per una molteplicità di bisogni, ma al tempo stesso è un servizio snello e flessibile, in grado di muoversi sul territorio avvicinandosi ai cittadini di tutto il distretto. È un punto d'accesso "dei Comuni", ma strettamente connesso ai Servizi socio-sanitari, in rete con la scuola e con le realtà dell'associazionismo locale, in grado di offrire servizi qualificati, attraverso un'equipe multidisciplinare ad elevata integrazione socio-sanitaria.

2- (finalità promozionale e preventiva) Realizzazione graduale di **percorsi di sostegno alla maternità** da parte dell'U.O "Salute Donna", già funzionanti nel distretto Urbano, anche nell'ambito territoriale di Ponente, quali:

- Gruppi di accompagnamento alla nascita (ora solo a S. Nicolò),
- Gruppi di supporto all'allattamento al seno guidati da persona esperta, affiancati, in collaborazione con il Centro di Sostegno per le Famiglie, con gruppi di "educazione" alla neo-maternità
- Percorsi "pensati" e dedicati alle neo-mamme straniere

3- (finalità promozionale) Il Centro di sostegno per le Famiglie, in sinergia con il Servizio Tutela Minori della Provincia, è il soggetto che si occupa della formazione ed accompagnamento dei nuclei affidatari e delle famiglie adottive, nonché della realizzazione di iniziative di promozione, sensibilizzazione e confronto su aspetti specifici dell'affido familiare e dell'adozione. L'obiettivo del suo consolidamento e sviluppo risponde, quindi, anche al bisogno espresso in relazione al tema dell'affido e dell'adozione.

4- (finalità preventiva) In relazione alle famiglie “a rischio”, obiettivo triennale è la realizzazione di un progetto di **“Home visiting”**, ovvero di promozione di interventi domiciliari di sostegno educativo in famiglie a rischio psico-sociale. L’obiettivo è la costruzione di un programma di interventi multidisciplinari rivolti all’educazione alla genitorialità degli adulti vulnerabili in collaborazione tra:

- Servizi psico-sociali
- Salute Donna, Ostetricia
- Pediatria di Comunità
- Servizio Salute Mentale
- Sert

che preveda modalità di intervento innovative, come la presenza di un educatore familiare o di assistenti sanitarie dell’area pediatrica (per il primo anno d’età) a sostegno di:

- famiglie fragili in carico a SerT, SSM, Servizi Sociali
- famiglie con adozioni problematiche
- famiglie con minori disabili gravi

attraverso interventi di educazione domiciliare di sostegno alle problematiche psicosociali della madre e del nascituro e di educazione alla genitorialità, coordinati da un’equipe specialistica, a prevenzione di situazioni di rischio che potrebbero determinare futuri allontanamenti di minori dalla famiglia.

5- (finalità promozionale) Realizzazione di percorsi di sostegno alle famiglie con figli portatori di **disabilità** attraverso la costituzione di gruppi di auto-aiuto supportati da specialisti dell’U.O. NPIA.

6- (finalità promozionale) In relazione alla fragilità specifica delle **famiglie migranti**, pur rimandando agli obiettivi prioritari della relativa tabella (target “immigrati stranieri”), si sottolinea l’obiettivo di garantire alle famiglie migranti accesso alle informazioni e sostegno alla partecipazione alla vita scolastica e sociale dei figli anche attraverso il consolidamento dei servizi di mediazione linguistica e culturale.

7- (finalità di cura/assistenza) Rispetto al tema della **violenza intrafamiliare e della violenza assistita**, l’obiettivo del triennio è la costruzione di una rete solida di supporto all’individuazione precoce ed alla presa in carico di queste situazioni, con particolare riferimento al raccordo fra Servizi Sociali e Pronto Soccorso ospedaliero. Da consolidare il raccordo e la formazione comune anche con le Forze dell’Ordine e la qualificazione professionale degli operatori dedicati. Il progetto provinciale *“Non è stato un incidente”* che riunisce i servizi socio-sanitari e i gruppi locali di tutela delle donne afferenti il privato sociale, si propone appunto di attivare percorsi di formazione/informazione per gli operatori dell’accesso e della presa in carico, oltre ad azioni di comunicazione e sensibilizzazione.

8- (finalità preventive, promozionali e di assistenza/cura) In questo quadro di riferimento, infine, ulteriore obiettivo prioritario è la **formazione degli operatori** per potenziare e qualificare gli interventi a tutela dell’infanzia, non solo rispetto a contenuti teorici ed operativi specifici per professionalità, ma anche e soprattutto **rispetto alle metodologie di lavoro in rete** fra diversi servizi. Obiettivo prioritario trasversale (non riguarda soltanto il target “responsabilità familiari”, ma tutti quelli dell’area minori) è allora la realizzazione di azioni di sistema per la messa in rete dei servizi ed il miglioramento del lavoro di rete fra operatori di servizi diversi (sociali, sanitari, scolastici, ecc.), tanto più importante se si pensa al recente riassetto territoriale ed alla necessità di concorrere al consolidamento di un’identità di Distretto.

9- (finalità preventive, promozionali e di assistenza/cura) Obiettivo trasversale a quelli sopra indicati è, infine, il **potenziamento delle risorse umane** tramite l’individuazione di personale, anche fra quello già operativo, da dedicare ai servizi descritti; la criticità insita nelle proposte progettuali individuate è, infatti, la carenza riscontrata nell’ambito delle risorse di personale e la necessità di assicurare, da parte dei servizi socio-sanitari che condividono l’analisi dei bisogni, una implementazione degli operatori ed una rivisitazione degli obiettivi generali di ciascun servizio con l’individuazione delle nuove priorità che preluda ad un possibile nuovo assetto organizzativo.

### *OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE \*\**

Il sostegno alle famiglie è di per sé, un obiettivo strategico che attraversa tutte le politiche per il cittadino, essendo la famiglia l'unità fondamentale su cui si basa la nostra società.

Sarà pertanto oggetto di costante monitoraggio il raccordo fra le progettazioni per le famiglie attivate in ambito sociale e sanitario e quelle attivate negli altri ambiti (es. politiche per la sicurezza, abitative, dei trasporti, politiche per la scuola e la formazione, politiche del lavoro).

In particolare, le azioni di sostegno alla fragilità delle famiglie si integrano con le politiche per la sicurezza e la coesione sociale, nella misura in cui mirano a contrastare la solitudine e l'isolamento delle famiglie (anche migranti), ovvero dei fattori rilevanti nella percezione di insicurezza del cittadino. Obiettivo trasversale è, infatti, quello di riscoprire quelle forme di "vicinato solidale" che danno supporto alle famiglie (ci si sente meno soli, si incontrano altre famiglie, ecc.) ma anche maggior sicurezza.

Gli interventi a sostegno delle famiglie si integrano, poi, con gli obiettivi delle politiche scolastiche e della formazione, sia perché è previsto un coinvolgimento diretto degli insegnanti e delle scuole (ed un lavoro sul miglioramento del rapporto scuola-famiglia), sia perché mirano ad orientare le famiglie migranti (e quelle a rischio) su come relazionarsi col mondo scolastico e formativo.

Lo sviluppo di servizi a supporto delle famiglie, inoltre, è in linea con gli obiettivi delle politiche per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Integrazioni specifiche sono previste fra le politiche socio-sanitarie per le famiglie e le politiche per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate: si pensi, a titolo esemplificativo, agli interventi di supporto alle famiglie con figli disabili (si veda anche la scheda target "disabili") ed alle famiglie migranti (si veda anche la scheda target "immigrati stranieri").

Rispetto all'obiettivo dell'integrazione delle famiglie migranti, infine, si sottolinea l'importanza di un raccordo con gli obiettivi delle politiche per i trasporti, al fine di facilitare la partecipazione delle donne migranti – e non solo - alle iniziative del territorio ed alla vita della comunità locale.

### *INDICATORI DI RISULTATO \*\*\**

In coerenza ed attuazione con gli obiettivi di benessere sociale e salute individuati dalla Regione Emilia Romagna all'interno del PSSR 2008-2010 (cfr. Considerare le famiglie come risorse, mettere in campo una pluralità di interventi per il sostegno alle famiglie) si definiscono i seguenti indicatori di risultato che saranno tenuti in considerazione nella valutazione triennale del piano:

1-OBIETTIVO: consolidamento e sviluppo del Centro di Sostegno per le Famiglie

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità dei servizi erogati al termine del triennio; quantità e qualità del personale dedicato; quantità e qualità sedi sul Distretto; tipologia e numero degli accessi; rapporti con la rete.

2-OBIETTIVO: realizzazione di percorsi di sostegno alle maternità

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità dei servizi erogati al termine del triennio; quantità e qualità del personale dedicato; quantità e qualità sedi sul Distretto; tipologia e numero degli accessi; rapporti con la rete.

3-OBIETTIVO: promozione e accompagnamento percorsi di affido familiare e adozione

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità degli affidi e delle adozioni al termine del triennio; quantità e qualità dei percorsi di accompagnamento e supporto alle famiglie affidatarie ed adottive; tipologia e numero delle famiglie coinvolte; rapporti con la rete.

4-OBIETTIVO: realizzazione di un progetto di “Home visiting”

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità degli interventi domiciliari realizzati; quantità e qualità del personale dedicato; qualità delle metodologie di lavoro inter-servizi utilizzate; rapporti con la rete.

5-OBIETTIVO: realizzazione di percorsi di sostegno alle famiglie con figli portatori di disabilità

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità dei percorsi realizzati al termine del triennio; quantità e qualità del personale dedicato; tipologia e numero degli accessi; rapporti con la rete.

6-OBIETTIVO: garantire alle famiglie migranti accesso alle informazioni e sostegno alla partecipazione alla vita scolastica e sociale dei figli

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità degli interventi erogati al termine del triennio; tipologia e numero degli accessi; rapporti con la rete; qualità dell'integrazione sociale delle famiglie migranti.

7-OBIETTIVO: costruzione di una rete solida di supporto all'individuazione precoce ed alla presa in carico dei casi di violenza intrafamiliare

INDICATORI DI RISULTATO: numero e tipologia delle prese in carico precoci al termine del triennio; composizione e metodologie di lavoro della rete di supporto.

8-OBIETTIVO: formare gli operatori

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità dei percorsi formativi erogati al termine del triennio; tipologia e numero di operatori raggiunti; qualità del lavoro di rete fra operatori e fra servizi al termine del triennio.

9-OBIETTIVO: potenziamento delle risorse umane

INDICATORI DI RISULTATO: quantità e qualità del personale sociale, sanitario e socio-sanitario dedicato al target all'interno del Distretto.

## 6.4 – AREA MINORI: OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE

Tabella 1 - gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input checked="" type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input checked="" type="checkbox"/>	Giovani <input checked="" type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input checked="" type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>			Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE								<input checked="" type="checkbox"/>
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>								

### BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE

Questi i principali bisogni emersi dal Profilo di Comunità in ambito distrettuale riferiti all'**integrazione gestionale e professionale** (e trasversali ai target "responsabilità familiari", "infanzia e adolescenza", "giovani"):

-Bisogno di una maggiore integrazione tra sociale e sanitario, nonché di potenziare la rete, ora fragile, tra pubblico-privato-scuola-servizi.

-Bisogno di un team interservizi (NPIA-Comuni-Scuola- Servizi Sociali) per: un'organizzazione più efficace e funzionale del servizio di assistenza scolastica di appoggio all'handicap

realizzare interventi di integrazione sociale a favore di minori disabili nel tempo extrascolastico  
-Mantenimento di una figura stabile con funzione di coordinamento e monitoraggio (funzione di sistema) per creare sinergie, migliorare la diffusione delle informazioni, organizzare e gestire la formazione e la supervisione degli operatori, presidiare i progetti rivolti ad infanzia, adolescenza e famiglie sul territorio

-Bisogno di costruire "un'identità di Distretto" a diversi livelli.

### OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

In linea con quanto previsto nell'"Atto di indirizzo e coordinamento provinciale per il triennio 2009-2011" della Conferenza Territoriale sociale e sanitaria, gli obiettivi prioritari su cui si intende lavorare sono i seguenti:

-Consolidare la **funzione di sistema** con compiti di monitoraggio e valutazione delle progettualità in essere, di supporto alla programmazione sociale distrettuale e di promozione della messa in rete fra operatori e servizi del territorio distrettuale anche con l'obiettivo, non secondario, di concorrere a sviluppare un'identità di Distretto

- Coordinamento, in stretto raccordo con l'ufficio di piano, delle attività necessarie per l'attivazione di protocolli di collaborazione fra servizi (es. protocollo scuola-NPIA- servizi sociali per migliorare le procedure di segnalazione da parte della scuola ed il rapporto di questa con i servizi; stesura di protocolli operativi fra servizi sociali ed operatori ospedalieri, pediatria di comunità, pediatri di famiglia, NPIA atti a favorire il lavoro di rete tra servizi pubblici sociali e sanitari, il privato sociale, l'associazionismo).

-Attivare un team di lavoro sulla riorganizzazione del servizio di appoggio scolastico all'handicap.

## 7. AREA “ADULTI”

### 7.1 . INTRODUZIONE

Il fenomeno della povertà in Italia stima nel 2007 l'11,1% delle famiglie residenti in condizioni di povertà relativa (la percentuale di famiglie e persone povere sul totale delle famiglie e persone residenti).

La Regione Emilia-Romagna, pur in presenza di un tessuto socio-economico che consente livelli di qualità della vita elevati rispetto ad altre zone d'Italia, presenta povertà e rischio di esclusione sociale; i dati più recenti (ISTAT 2007) stimano un'incidenza di povertà relativa del 6,2% delle famiglie.

Anche la società piacentina è sempre più soggetta a fenomeni di invecchiamento e di rischio di emarginazione sociale: la struttura familiare che cambia, si riduce e spesso si ricrea in nuove unioni; le reti di prossimità e vicinato che sono sempre più deboli; le prospettive di allungamento della vita accompagnate dal basso tasso di natalità; l'aumento della popolazione straniera; la precarietà lavorativa. Sono tutti fattori che creano conflitti, generano sentimenti di insicurezza e nuove forme di povertà non sempre e solo materiali.

Il Profilo di Comunità Provinciale rispetto al target adulti individua bisogni emergenti e priorità con particolare riferimento a:

- Disagio degli immigrati soprattutto rispetto ai ricongiungimenti familiari ed all'integrazione adolescenziale di seconda e terza generazione
- Disagio abitativo con crescita di domanda di edilizia pubblica o sovvenzionata, in particolare per giovani ed immigrati
- Nuove forme di vulnerabilità sociale derivate da crisi familiari o reddituali e dalla precarietà occupazionale delle giovani coppie
- Bisogni intermedi tra il sanitario ed il sociale, soprattutto legati al disagio psichico e relazionale di giovani e adulti, anche per l'abuso di sostanze o alcool.

Nel Distretto di Ponente solo negli ultimi anni inizia a sentirsi la ricaduta di questa generale situazione di disagio sociale che ha interessato l'intera nazione; si tratta più che altro del verificarsi di nuove forme di vulnerabilità, ovvero situazioni di rischio derivanti da carenza di lavoro o precarietà dello stesso, condizioni abitative non adeguate, costi alti degli affitti, improvvisi cambiamenti di situazione familiare e di salute, livelli di partecipazione sociale e relazionale insufficienti, solitudine ed isolamento.

La realtà di oggi nel nostro territorio rispetto ai servizi ed ai bisogni specifici dell'area adulti presenta delle peculiarità precise; ci troviamo di fronte ad una casistica che non sempre entra nei percorsi già esistenti di presa in carico a livello distrettuale e conseguentemente rimane in gestione ai Servizi Sociali dei singoli Comuni che se ne fanno carico totalmente con una ricaduta su diverse aree di bisogno: abitativo, lavorativo, d'inserimento lavorativo e sociale, di sostentamento.

Le necessità evidenziate sono quindi legate in prima battuta all'individuazione di percorsi comuni di presa in carico e valutazione, attraverso la costruzione di un'unità operativa adulti che possa effettuare valutazioni interdisciplinari di primo livello attraverso l'utilizzo di strumenti omogenei; a questo si aggiunge la necessità di potenziare ed implementare l'accoglienza residenziale di secondo livello attraverso la dislocazione e la differenziazione per tipologia d'intervento delle strutture sul territorio.

Durante gli incontri territoriali e tematici, che si sono svolti nelle quattro sub-zone del Distretto di Ponente in forma partecipata con i rappresentanti dei settori sociale, sanitario, socio-sanitario e del terzo settore, sono stati approfonditi i bisogni emergenti del territorio e sono state individuate le priorità d'azione; da questo confronto sono emerse specificità relative ai target immigrati stranieri, povertà e disagio, salute mentale e dipendenza da affrontare nella programmazione triennale.

Nello specifico:

- **immigrati stranieri:**
  - bisogni emergenti legati al disagio abitativo e contrasto alla povertà
  - azioni da sviluppare rispetto a:
    - interventi di sostegno all'apprendimento della lingua italiana con particolare riguardo alla conoscenza dei servizi, dell'accesso ai servizi, dell'organizzazione territoriale, delle leggi e delle competenze in materia di sicurezza sul lavoro
    - attività informativa, di orientamento e consulenza
    - interventi di mediazione interculturale nei servizi con esperienze allargate di mediazione territoriale e di comunità
  
- **povertà e disagio:**
  - bisogni emergenti legati a diversi livelli di bisogno: abitativo, lavorativo, d'integrazione sociale e di sostentamento
  - azioni da sviluppare rispetto a:
    - accoglienza di secondo livello sia residenziale che diurna con particolare riferimento alla dislocazione sul territorio ed alla specificità degli interventi erogati
    - attivazione di percorsi comuni ed integrati di valutazione e presa in carico con particolare riferimento all'individuazione e costruzione di strumenti e metodologie comuni
    - attivazioni d'interventi educativi domiciliari con particolare riferimento alla costruzione di un progetto di reinserimento sociale e lavorativo
  
- **salute mentale:**
  - bisogni emergenti legati ai progetti territoriali con particolare riferimento al sostegno domiciliare, all'avviamento al lavoro ed alla presenza sul territorio di strutture intermedie (appartamenti, condomini solidali,..)
  
- **dipendenze:**
  - bisogni emergenti legati al contrasto alla povertà, al sostegno alla fragilità
  - azioni da sviluppare rispetto a:
    - attivazione d'interventi di prevenzione rivolti ai giovani
    - attivazione di programmi di riduzione del danno

È importante sottolineare come valore aggiunto di tutto il percorso la costituzione di un gruppo tecnico di lavoro che ha visto il coinvolgimento di operatori del servizio sociale, dei servizi specialistici socio-sanitari, della sanità ed i rappresentanti del terzo settore che lavorano da diversi anni e con diverse funzioni nel territorio preso in esame. Tale impostazione di lavoro ha permesso da un lato di partire da un'ottima conoscenza del territorio e dei suoi bisogni, espressi e/o latenti, e dall'altro di garantire:

- un confronto strategico rispetto alle diversità geografiche ed organizzativo-gestionali dei differenti territori
- uno scambio profondo e analitico dei saperi e delle competenze del nucleo degli operatori.

**7.2 – IMMIGRAZIONE, ASILO, LOTTA ALLA TRATTA****Tabella 1** - gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale

<b>TARGET*</b>								
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FINALITÀ</b>								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani  <b>X</b>  - GARANTIRE PARITA' DI ACCESSO ALLE INFORMAZIONI attraverso iniziative di comunicazione interculturale e sviluppo di strumenti per rendere effettiva e capillare sul territorio l'informazione  - PROMUOVERE E AMPLIARE LA MEDIAZIONE DI COMUNITA' con particolare riferimento alle donne straniere		Prevenzione  <b>X</b>  - POTENZIARE E SVILUPPARE ALLOGGI RESIDENZIALI PUBBLICI O SOVVENZIONATI con particolare riferimento ai ricongiungimenti familiari  - GARANTIRE APPRENDIMENTO E ALFABETIZZAZIONE (lingua, educazione civica, prevenzione e sicurezza sul lavoro, ....)			Cura/Assistenza  <b>X</b>  - ATTIVARE INTERVENTI DI MEDIAZIONE CULTURALE E LINGUISTICA PER FAVORIRE L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI ED AI PRESIDI SANITARI (Ospedale, Pronto Soccorso, ....)			
<b>RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE</b>								<b>X</b>
- SUPERARE LA FRAMMENTAZIONE DELL'OFFERTA DI ENTI LOCALI, AZIENDA E ASSOCIAZIONI DEL TERRITORIO - ATTIVARE PROTOCOLLI E/O PROCEDURE CONDIVISE TRA SERVIZI SOCIALI LOCALI, SERVIZI SPECIALISTICI TERRITORIALI E SERVIZI SANITARI NEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO (maltrattamenti, alcolismo, ...)								

**7.3 – POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE, DIPENDENZE E DISAGIO PSICHICO**

Tabella 1 - gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale

<b>TARGET*</b>								
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>FINALITÀ</b>								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani  <b>X</b>  - ATTIVARE PERCORSI DI SENSIBILIZZAZIONE E INFORMAZIONE SU ALCOOL E SOSTANZE		Prevenzione  <b>X</b>  - ATTIVARE INTERVENTI SPECIFICI DI CONTRASTO E CONTENIMENTO DELLA VULNERABILITA' SOCIALE (precarietà occupazionale, separazioni, fallimenti, ...) - POTENZIARE E SVILUPPARE ALLOGGI RESIDENZIALI PUBBLICI O SOVVENZIONATI			Cura/Assistenza  <b>X</b>  - ATTIVARE SOSTEGNI EDUCATIVI DOMICILIARI - ATTIVARE STRATEGIE D'INTERVENTO PER CONTENERE IL PROPAGARSI DI MALATTIE INFETTIVE NEGLI AMBITI DELLA DIPENDENZA E DELLA PROSTITUZIONE - ATTIVARE PERCORSI DI SOSTEGNO LAVORATIVO ED INSERIMENTO SOCIALE POTENZIARE E SVILUPPARE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA DI SECONDO LIVELLO SIA RESIDENZIALI CHE DIURNE			
<b>RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE</b>								<b>X</b>
- UNIFORMARE CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO E DI UTILIZZO DEI SERVIZI SOCIALI, SOCIO-SANITARI E SANITARI (regolamenti, tariffe, standard minimi di accesso,...) - INDIVIDUARE PERCORSI E STRUMENTI COMUNI DI VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO (valutazione interdisciplinare di primo livello, unità operativa adulti,..) - ATTIVARE PROTOCOLLI E/O PROCEDURE CONDIVISE TRA SERVIZI SOCIALI LOCALI, SERVIZI SPECIALISTICI TERRITORIALI E SERVIZI SANITARI NEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO								

### *BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE*

1. **BISOGNO ABITATIVO:** aumento e differenziazione delle richieste
2. **PRECARIETA' OCCUPAZIONALE** dovuta prevalentemente a:
  - un crescente scarto tra la domanda e l'offerta (soggetti sempre più "fragili" di fronte a richieste di prestazioni lavorative sempre più "alte" )
  - perdita del lavoro dovuta a crisi economica generale (fallimenti, ridimensionamenti,..)
  - difficoltà delle donne ad entrare nel mondo del lavoro
3. **ALLARGAMENTO FASCE DI POVERTA':** il disagio economico e relazionale non più marginale
4. **BISOGNO D'INFORMAZIONE:** messa in rete delle informazioni sia tra territorio e servizi che all'interno del sistema dei servizi socio-sanitari
5. **BISOGNO DI CONOSCENZA DEL TERRITORIO:** far emergere il sommerso con particolare riferimento agli immigrati stranieri, alle dipendenze da gioco, alla patologia psichiatrica e alle nuove povertà
6. **BISOGNO D'INTEGRAZIONE:**
  - tra servizi sociali e sanitari per gli interventi a domicilio
  - tra servizi sociali e servizi socio-sanitari (SERT e SSM) per progetti territoriali

**OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI  
SANITARI TERRITORIALI**

**1) IMMIGRATI STRANIERI:**

- ❖ ATTIVAZIONE E POTENZIAMENTO INTERVENTI PER L'ACCESSO (servizi sociali, ospedale,...):
  - SPORTELLI
  - MEDIAZIONE
- ❖ ATTIVAZIONE INTERVENTI DI APPRENDIMENTO DELLA LINGUA ITALIANA:
  - CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE DONNE
  - CON AMPLIAMENTO DEL PROCESSO DI CONOSCENZA ALL'EDUCAZIONE CIVICA

**2) POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE:**

- ❖ ATTIVAZIONE INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTA': prestiti sull'onore, integrazione al reddito, aiuti per l'affitto,....
- ❖ POTENZIAMENTO SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO PER UTENZA FRAGILE
- ❖ POTENZIAMENTO SERVIZIO DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALE:
  - DISLOCAZIONE SUL TERRITORIO
  - MESSA IN RETE DEL SERVIZIO

**3) SALUTE MENTALE:**

- ❖ POTENZIAMENTO E SPECIALIZZAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE:
  - AUMENTO INTERVENTI DOMICILIARI
  - FORMAZIONE SPECIFICA
  - ATTIVAZIONE EDUCATORI DOMICILIARI
- ❖ DISLOCAZIONE TERRITORIALE AMBULATORI
- ❖ AVVIO STRUTTURE residenziali INTERMEDIE: comunità alloggio, appartamenti protetti,...

**4) DIPENDENZE:**

- ❖ PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE ED ATTIVAZIONE INTERVENTI DI "RIDUZIONE DEL DANNO"
- ❖ SVILUPPO DI AZIONI PER L'INTEGRAZIONE DI ADULTI ALCOLISTI ED EX TOSSICODIPENDENTI:
  - ALLOGGI PROTETTI
  - ACCOMPAGNAMENTI SOCIALI
  - INSERIMENTI LAVORATIVI
- ❖ DISLOCAZIONE TERRITORIALE AMBULATORI

**5) INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE:**

- ❖ FORMAZIONE OPERATORI IN AMBITO SANITARIO rispetto a:
  - ACCOGLIENZA UTENZA STRANIERA E FRAGILE
  - CONOSCENZA PERCORSI DI ACCESSO AI SERVIZI
- ❖ COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO ITERDISCIPLINARE E PERMANENTE PER AREA ADULTI
- ❖ AVVIO INTERVENTI DI COLLEGAMENTO TRA DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE/DIPENDENZE E SERVIZI SOCIALI COMUNALI:
  - UNITA' OPERATIVA TRASVERSALE PER UTENZA FRAGILE
  - COINVOLGIMENTO MEDICI DI MEDICINA GENERALE ATTRAVERSO IL PROGETTO "LEGIERI"
  - COLLABORAZIONE CON LE MEDICINE DI GRUPPO

## 8. AREA “ANZIANI”

### 8.1 - *PREMESSA*

La programmazione triennale degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti e fragili è imprescindibile da una lettura fatta dei bisogni di questo territorio. Innanzitutto occorre rilevare che il Distretto di Ponente sorto di recente (settembre 2007), composto da n. 23 Comuni, presenta queste caratteristiche: carenza di personale Sociale per la presa in carico dell'utenza (il numero delle Assistenti Sociali è inadeguato), in alcuni Comuni dell'ex Distretto della Montagna il SAD è stato attivato negli ultimi mesi del 2008, mentre nei Comuni dell'ex Distretto ValTidone il SAA ha svolto un ruolo fondamentale nel coordinamento dell'accesso alla rete dei servizi socio sanitari (L.R.5/94), promuovendo alcuni progetti sperimentali (Progetto Demenze, emersione del lavoro nero e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari, SAD festivo, formazione professionale).

L'aggregazione di diverse aree geografiche territoriali evidenzia delle forti disomogeneità a livello demografico, strutturale, gestionale dei servizi.

Su una popolazione complessiva di 73.978 abitanti il 24% è rappresentato da anziani di età superiore ai 65 anni con delle punte elevate che superano il 50% nei piccoli Comuni di montagna e delle percentuali inferiori 16-19% nei Comuni della Bassa.

Mentre per quanto riguarda gli anziani di età superiore ai 75 anni la media si attesta sul 12,4%, mentre per alcuni Comuni di montagna si arriva a superare il 30%.

A livello strutturale si fa notare che permane un'offerta molto elevata di servizi a carattere residenziale (Case Protette) superiore agli indici della media regionale. Si è avviato nel frattempo un processo graduale di riequilibrio dei posti convenzionati all'interno del territorio distrettuale. Si sono implementati nuovi posti presso le strutture semi residenziali (Centri Diurni). Si è inoltre avviata un'azione di valorizzazione e di qualificazione delle strutture intermedie quale supporto alla domiciliarità e come risposta di ai bisogni degli anziani fragili soprattutto nelle zone di montagna.

Rimane ancora carente l'azione complessiva di domiciliarità, rispetto ai parametri e agli indirizzi della 1206/07. La prima fase di attivazione e implementazione del SAD avviata negli ultimi mesi del 2008 sul territorio della Comunità Montana Appennino piacentino dovrà trovare una continuità nel 2009 per arrivare entro il 2010.

Per quanto riguarda le altre sub aree del territorio distrettuale dovranno essere avviate nel 2009 processi di innovazione e riorganizzazione dei servizi esistenti riguardanti in modo particolare le Dimissioni Protette, l'integrazione tra il SAD e l'ADI, il sostegno alle famiglie che curano l'anziano al domicilio, l'adattamento domestico e l'acquisto di ausili, i trasporti delle persone non autosufficienti e degli anziani soli.

Appare inoltre significativa la promozione di un'azione di prevenzione e di sostegno degli anziani fragili: una fascia questa di popolazione particolarmente numerosa nelle zone di montagna.

Occorre infine far notare che a fronte di n. 23 Comuni solamente n. 7 gestiscono i servizi in forma associata (Comunità Montana Appennino piacentino). Questo crea una difficoltà nel dare omogeneità di indirizzo e di gestione dei servizi.

**8.2 – AREA ANZIANI****Tabella 1** - gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

<b>TARGET*</b>								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input checked="" type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
<b>FINALITÀ</b>								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>		
<b>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</b>								
Questi sono i principali bisogni emersi dal profilo di comunità rispetto al target "anziani":								
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costante aumento della domanda di Assistenza ad anziani non autosufficienti, legata all'evidenziarsi di una maggiore gravità sanitaria nelle persone che fanno richieste di servizi con la conseguente necessità di garantire a loro una continuità assistenziale. L'aumento delle persone anziane che scelgono di farsi assistere a domicilio richiede pertanto di adeguare l'assistenza domiciliare a questi bisogni.</li> <li>- Estensione di patologie legate all'età senile: alzheimer, demenze, disturbi cognitivi. L'aumento di queste patologie si evidenzia soprattutto nelle aree di montagna.</li> <li>- Ampliamento dell'area degli anziani cosiddetti fragili, che vivono situazioni di isolamento, e abbandono, di disagio sociale e di povertà.</li> <li>- Necessità di sostenere e supportare le famiglie che assistono l'anziano non autosufficiente a domicilio.</li> <li>- Difficoltà di spostamento verso strutture socio sanitarie e sanitarie del territorio: si ravvisa un bisogno esteso di buona parte della popolazione anziana relativo al trasporto verso strutture di cure e di riabilitazione.</li> <li>- Permanenza di barriere architettoniche in ambito domestico: si evidenzia il fatto che molto spesso le persone anziane assistite a domicilio trovano degli impedimenti nella deambulazione, nella mobilizzazione e in tutte quelle pratiche curative e riabilitative effettuate a domicilio.</li> <li>- Fruizione dei servizi della rete: viene espressa da più parti una lamentela diffusa tra i cittadini e tra le rappresentanze sindacali per l'attesa prolungata relativa all'accesso ad alcuni servizi/interventi.</li> <li>- Carenza di personale e di prestazioni socio sanitarie nelle cure domiciliari: questo bisogno si amplifica nel momento in cui si dovrebbe dare una risposta curativa nell'ambito delle ore e dei giorni previsti dalla DGR 1206/07.</li> </ul>								

**OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI  
SANITARI TERRITORIALI**

1 – Attivare un percorso di tutela e di garanzia a favore dell'anziano non autosufficiente dalla Struttura Ospedaliera al domicilio (Dimissioni Protette): si deve strutturare un percorso condiviso dai vari servizi competenti che renda compatibile ed efficace la continuità assistenziale nei confronti dell'anziano al domicilio, attraverso l'assunzione di responsabilità di ogni professionista coinvolto nel lavoro di cura. A tale riguardo diventa necessario definire un percorso di integrazione socio sanitaria per i servizi di assistenza domiciliare, creando un modello di SAD tutelare fortemente integrato con l'ADI.

2 – Mantenere e qualificare l'assistenza domiciliare a favore di anziani affetti da demenza (Progetto Demenze) attraverso l'uniformazione della presa a carico degli anziani affetti da demenze da parte dei vari servizi competenti del Distretto. Occorre rendere più efficace l'assistenza tutelare attraverso una prassi collaborativa tra l'ente attuatore del progetto e l'UVG, attraverso il monitoraggio continuativo del progetto da parte del SAA, la restituzione del debito informativo dell'ente attuatore al SAA. Occorre inoltre sostenere l'assistenza domiciliare attraverso l'utilizzo dei posti di sollievo messi all'interno della rete dei servizi sul territorio distrettuale (strutture residenziali e semi residenziali)

3 – Sostenere gli anziani fragili attraverso un'azione di prevenzione delle situazioni di isolamento e abbandono, attraverso un'azione di monitoraggio delle situazioni a rischio sociale e sanitario. A questo riguardo occorre:

- uniformare a livello distrettuale gli indicatori per la definizione dell'anziano fragile;
- attivare una rilevazione mirata dell'anziano che vive in queste condizioni;
- attivare un'azione permanente di monitoraggio delle situazioni a rischio al fine di prevenire un'aggravarsi della situazione socio sanitaria;
- utilizzare le strutture residenziali intermedie (comunità alloggio) per favorire ricoveri di sostegno temporaneo.

4 – Sostenere e aiutare le famiglie che assistono l'anziano al proprio domicilio attraverso l'erogazione dell'assegno di cura, l'erogazione del contributo aggiuntivo per le badanti, attraverso la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti fam./badanti.

5 – Organizzare un servizio di trasporto coordinato all'interno di ogni sub area per facilitare e agevolare gli spostamenti degli anziani non autosufficienti e anziani soli verso le strutture sanitarie e socio sanitarie, attraverso la dotazione di automezzi dedicati e attraverso convenzioni con soggetti privati e del terzo settore.

6 – Sostenere e facilitare la domiciliarità attraverso l'adattamento dell'ambiente domestico e l'acquisto di ausili tramite l'erogazione di contributi economici per interventi di tipo strutturale della casa, dotazione di attrezzature e ausili che migliorino l'accessibilità e l'attività di cura praticata all'interno dell'ambiente domestico.

7 – Diminuire i tempi di attesa per la consegna degli ausili protesici, per l'effettuazione degli esami diagnostici, per l'accesso alla rete dei servizi socio sanitari a partire dal primo contatto con l'assistente sociale responsabile del caso fino alla fruizione del servizio o dell'assegno di cura, tramite l'implementazione del personale dedicato alla valutazione (UVG/UVM), la dotazione di strumentazione informatica per l'UVG/UVM, l'attivazione di un protocollo che preveda un percorso preferenziale per l'effettuazione degli esami diagnostici per gli anziani non autosufficienti, il monitoraggio con le cure primarie per la consegna degli ausili protesici nei confronti degli anziani valutati dall'UVG e con un PAI mirato.

8 – Coinvolgere il privato sociale e il terzo settore per il potenziamento della rete dei servizi pubblici a livello domiciliare tramite un rapporto di collaborazione con alcune cooperative sociali del territorio per inserirle in un progetto organico di rafforzamento del sistema assistenziale domiciliare (trasporti, pasti, iniezioni, medicazioni, altre).

9 – Valorizzazione e qualificazione delle strutture residenziali intermedie per supportare e sostenere l'attività di assistenza domiciliare a favore di anziani fragili o parzialmente autosufficienti. Questo obiettivo assume una particolare importanza soprattutto nelle sub-aree di montagna del territorio distrettuale

10 - Implementazione delle prestazioni di assistenza tutelare e sanitarie a livello domiciliare; il territorio distrettuale rimane tutt'ora carente sia di personale relativo alla presa in carico degli anziani sia di personale socio-sanitario e sanitario inadeguato, dal punto di vista numerico, a rispondere agli standard della DGR 1206/07;

## 9. AREA “DISABILI”

### 9.1 - Premessa

L'articolazione territoriale e la disomogeneità dei servizi presenti nelle diverse aree geografiche del nuovo distretto di Ponente evidenziano una domanda non corrisposta in particolare nelle zone montane, bisogni che richiedono risposte di difficile erogazione, una concentrazione di strutture nella zona di pianura, con esigenza di riqualificazione, pochi interventi domiciliari specializzati, mancanza di continuità del progetto di vita e di cura nella transizione all'età adulta, bisogno di qualificazione del tempo di vita quotidiano e sovraccarico di cura per le famiglie. La capacità del distretto di prendere in carico i bisogni dei cittadini disabili e delle loro famiglie in maniera equa e competente in tutte le aree territoriali diviene centrale nella programmazione, sia per superare gradualmente le disparità sia per trovare una soluzione di sistema rispetto alla gestione dei servizi. Il distretto di ponente, infatti, non ha un servizio disabili che svolga in modo coordinato e strutturato le funzioni di gestione integrata del settore. Il servizio sociale delegato si occupa solo della gestione delle strutture (CSR diurni e residenziali), i comuni di Gossolengo e Rivergaro si sono finora riferiti al comune di Piacenza e la comunità montana sta cominciando solo ora una struttura tecnica. La questione è cruciale: se non si scioglie il nodo della costruzione di un sistema coordinato anche nelle articolazioni più decentrate, non si potranno far decollare o implementare i servizi per la disabilità.

Il Piano sociosanitario regionale rispetto al target disabili chiede di:

- sviluppare e qualificare l'organizzazione della rete dei servizi
- qualificare gli interventi per minori con disabilità
- consolidare gli interventi per il dopo di noi
- potenziare gli interventi per persone con disabilità acquisita
- curare l'inserimento lavorativo
- garantire la mobilità, l'accessibilità e la vita indipendente

Assumere questi obiettivi di medio e lungo termine richiede una struttura operativa specializzata che integri, supporti, orienti il servizio sociale di ciascun comune, già sovraccarico di aspettative da parte della comunità a fronte di una presenza spesso insufficiente, sotto il profilo delle ore messe a disposizione e della discontinuità.

Il processo di presa in carico parte dalla capacità capillare di rilevare le situazioni di disabilità presenti nel territorio, interpretando i bisogni emergenti. Dagli incontri del percorso di programmazione partecipata sono stati rilevati come problemi prioritari l'aumento di casi di disabilità nei bambini, adolescenti, giovani, con particolare riguardo ai problemi dello sviluppo (autismo), il problema delle gravissime disabilità acquisite, le crescenti difficoltà nel settore dell'inserimento lavorativo che necessitano di servizi specialistici in termini di competenze e di interventi.

Come in altre aree si evidenzia il ruolo centrale e al tempo stesso vulnerabile della famiglia, contesto di cura, di sofferenza e di grande difficoltà in un processo lungo che accompagna il disabile in tutta la sua esperienza esistenziale. La famiglia è punto di forza, quando in grado di sostenere il peso della gestione di un congiunto con grave disabilità, ma è a sua volta soggetto fragile, per lo stress prolungato e la solitudine in cui vive la propria condizione, spesso afflitta anche da disagio sociale o economico.

**9.2 – Area Disabili****Tabella 1** - gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

<b>TARGET*</b>								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input checked="" type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
<b>FINALITÀ</b>								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>		

<b>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</b>
nuove disabilità (gravissime disabilità acquisite)
“dopo di noi”
percorsi per l'autonomia
<b>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</b>
<p>Rimodulazione della rete dell'offerta residenziale, semiresidenziale, domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ampliamento dell'offerta di servizi (con l'apertura del CSR diurno “Emma Serena” e il prossimo avvio del CSR residenziale collegato, l'implementazione dell'esperienza strutturata di Bobbio presso le Suore Gianelline e il progetto legato alla presenza dell'educatore territoriale) consente una riorganizzazione dei servizi in funzione dei livelli di disabilità.</li> <li>• Non esistono realtà residenziali dedicate alle gravissime disabilità acquisite/Gracer per le quali il distretto dovrà dotarsi nel triennio di un nucleo specializzato. Rispetto a questo target si pone l'obiettivo di un collegamento con la rete Gracer, anche per il supporto alla domiciliarità (oltre l'assegno di cura)</li> <li>• Non esistono strutture rivolte a cittadini disabili ultracinquantenni, per i quali si ricorre, in mancanza di alternative domiciliari sostenibili, alle case protette. Il “dopo di noi” necessita di servizi (residenziali e domiciliari) da definire nelle diverse aree del distretto sia verso soluzioni residenziali, che verso soluzioni di domiciliarità, per evitare lo sradicamento della persona dal proprio contesto di vita.</li> <li>• Mantenimento dell'appartamento protetto esistente a Castel San Giovanni per disabili con buone autonomie.</li> <li>• Specializzazione domiciliare di educatori/Oss per attivazione progetti innovativi</li> <li>• Promozione di interventi per l'adattamento dell'ambiente domestico</li> </ul>
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE **</b>
Politiche abitative

**Tabella 1** - gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

<b>TARGET*</b>								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input checked="" type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
<b>FINALITÀ</b>								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>			Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

<b>RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>

<b>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</b>
qualificazione/specializzazione delle figure professionali e dei servizi
<b>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</b>
qualificare e specializzare le competenze degli operatori rispetto ai bisogni connessi alla disabilità, alla capacità di operare in modo integrato, di mettere in rete risorse e strumenti e creando collegamenti operativi tra enti e soggetti coinvolti nella gestione dei disabili (scuole, formazione professionale, ospedale, servizi territoriali), con particolare attenzione ad alcune aree di bisogno emergenti (autismo)
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE **</b>
politiche formative: collegamento con scuole di formazione professione e università per orientare la formazione di base di operatori socio/sanitari, educatori, infermieri, fisioterapisti rispetto ai bisogni e agli interventi per la disabilità
politiche del lavoro: collegamento con cooperative sociali che operano nei servizi per disabili, per attivare percorsi di miglioramento e di aggiornamento professionale
<b>INDICATORI DI RISULTATO ***</b>
programmi di formazione per operatori del distretto
Interventi di supervisione per le strutture
inserimento nei programmi formativi delle diverse figure professionali di specifici moduli riferiti alla disabilità
programmi di informazione e coinvolgimento delle famiglie
attivazione progetto sperimentale integrato socio-sanitario sull'autismo
Interventi di sollievo

Tabella 1 - gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input checked="" type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>			Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>			Cura/Assistenza		

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE**

sostegno alle famiglie, prendersi cura di chi cura

inclusione sociale, contrasto alla solitudine e all'isolamento

qualificazione del tempo di vita

**OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI**

creare percorsi di informazione, di accompagnamento, di coinvolgimento delle famiglie con disabili, specialmente con figli piccoli e adolescenti, con la collaborazione dei servizi sociali e sanitari, delle associazioni di volontariato e delle famiglie (attivazione gruppi di auto-mutuo-aiuto, percorsi di psicoterapia, counselling)

qualificazione del tempo "libero" con obiettivi di inclusione e partecipazione sociale, di continuità riabilitativa (progetto sperimentale integrato sull'autismo), di assistenza extrascolastica, di sollievo alle famiglie, suscitando la collaborazione di soggetti del terzo settore, del volontariato sociale ad integrazione degli interventi sostenuti dai comuni

**OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE \*\***

Politiche culturali, sportive e del tempo libero per la programmazione di iniziative/attività da estendere a cittadini disabili

**INDICATORI DI RISULTATO \*\*\***

Programma informativo/formativo per le famiglie

Programmi per il tempo libero

Interventi di sollievo

Tabella 1 - gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input checked="" type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>		

**RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE**

(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE**

Equità nell'accesso ai servizi e pari opportunità su tutto il territorio, con particolare attenzione alla montagna (dispersione territoriale, offerta di servizi insufficiente, difficoltà a reperire figure professionali competenti in loco, scarse risorse a disposizione, accessibilità ai servizi e ai trasporti, rischio di isolamento)

Il distretto di Ponente, rispetto al resto della provincia, esprime una specifica domanda di servizi e interventi nell'area disabili (percorsi per l'autonomia, inclusione sociale, inserimenti lavorativi).

**OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI**

1) Costruzione e rafforzamento del processo di presa in carico della persona disabile adulta, attivando un sistema integrato di interventi dalla valutazione multidimensionale alla progettazione individualizzata di vita e di cura, con particolare attenzione alle fasi di transizione (minore età/età adulta – uscita dal percorso scolastico – inserimento lavorativo – inserimento in strutture -progetto di vita indipendente – dopo di noi – acquisizione disabilità) e al sostegno alla domiciliarità (supporto psicologico, interventi per l'adattamento all'ambiente domestico, progetti alternativi all'inserimento in struttura). Ciò comporta la creazione di collegamenti funzionali e di chiarificazione dei ruoli dell'UVM, del responsabile del caso, dell'educatore (figura da inserire e valorizzare per interventi territoriali) e la creazione di un'equipe territoriale dedicata alla disabilità che operi per costruire o rafforzare un sistema a rete. La presenza delle strutture nelle zone di pianura e i servizi strutturati, anche se da ridefinire, costituiscono un punto di forza del sistema, quali nodi della rete da costruire, riferimenti per lo sviluppo di progetti riabilitativi, per l'attivazione di percorsi di sollievo, per la promozione di competenze professionali da investire in interventi territoriali.

2) protocolli per la semplificazione dell'accesso ai servizi attraverso protocolli di collaborazione con MMG, specialisti (salute mentale), UVM, presidi ospedalieri, rete Gracer, gestione protesica; regolamento distrettuale per l'accesso e l'erogazione degli assegni di cura

3) progetto integrato con U.O.N.P.I. per la costituzione di un team di transizione, per il passaggio di presa in carico

<p>4) studio di un progetto per la mediazione al lavoro e l'inserimento lavorativo di disabili riferito al territorio (ambito distrettuale o zona) con la partecipazione degli enti locali, dei servizi pubblici preposti, delle imprese (profit e non profit) in collegamento con l'area adulti (svantaggio sociale) e il dipartimento di salute mentale (svantaggio psichico). La scadenza della convenzione al 30 giugno 2009 del servizio attualmente gestito dal comune capofila, in convenzione con 16 comuni del distretto, impone entro una data ravvicinata (15 maggio 2009) di giungere a una proposta condivisa e sostenibile da tutti i comuni del distretto, per dare continuità alle attività in corso e avviarle ex novo nei comuni dove non esiste ancora il servizio.</p>
<p>5) anagrafe della disabilità su tutto il distretto, con una mappatura completa e aggiornata delle situazioni e dei bisogni delle persone già in carico ai servizi e di quelle non ancora prese in carico e il censimento delle realtà organizzate/spontanee che possono essere far parte della rete per la disabilità</p>
<p><i>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE **</i></p>
<p>POLITICHE SCOLASTICHE</p>
<p>POLITICHE INSERIMENTO LAVORATIVO</p>
<p>POLITICHE FORMAZIONE PROFESSIONALE</p>
<p><i>INDICATORI DI RISULTATO ***</i></p>
<p>utenti disabili certificati/utenti disabili presi in carico con pai</p>
<p>istituzione equipe disabili di distretto/subzona</p>
<p>realizzazione servizio per l'inserimento lavorativo – collegamento con le politiche del lavoro del territorio</p>
<p>mappatura bisogni utenza</p>

## 10. AZIONI DI SISTEMA

### 10.1 - SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO DELL'ATTIVITÀ DELLO SPORTELLO SOCIALE

TARGET*								
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze
<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani			Prevenzione			Cura/Assistenza		
<b>X</b>			<b>X</b>			<b>X</b>		

#### RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE

(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)

### BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE

L'accesso ai servizi e alle prestazioni è uno dei temi sui quali si gioca l'esito del processo di costruzione di un sistema di protezione sociale che vede come elementi fondamentali la centralità della persona, del territorio, l'integrazione socio sanitaria e le sinergie fra enti e istituzioni diverse.

In ambito distrettuale è emersa la necessità:

- di assicurare uguali livelli di informazione e accoglienza ai cittadini del distretto andando oltre il municipalismo, aumentando il livello di integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari;
- di equità nel realizzare il diritto individuale ad accedere alle prestazioni, garantendo ai cittadini in analoghe condizioni di bisogno parità di prestazioni;
- di attività di informazione e orientamento in modo unitario ed integrato sull'intero territorio del Distretto, in merito al sistema dei servizi e delle procedure d'accesso, di rendere concreta la possibilità per i cittadini di usufruire dei servizi con una particolare attenzione a chi, per difficoltà personali e sociali, non è in grado di rivolgersi direttamente ai servizi;
- di costituire dei precisi punti di riferimento evitando dispersioni e frammentazioni di tempo ed energie;
- di reperire informazioni sia quantitative che qualitative della domanda che possano di supporto nella lettura dei bisogni e di conseguenza orientare la futura programmazione distrettuale;
- di poter disporre di informazioni aggiornate e in tempo reale sulla popolazione residente.

*OBIETTIVO/I PRIORITARI/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIO SANITARIO E DEI SERVIZI  
SANITARI TERRITORIALI*

Predisporre/realizzare percorsi unificati ed integrati di accessi ai servizi della rete.  
 Consolidare e implementare un sistema unificato di accesso ai servizi della rete, favorendo la connessione tra sportelli sociali e sportelli unici distrettuali.  
 Consolidare e rendere comuni le forme di presa in carico integrata e i processi di continuità assistenziale  
 Assicurare supporto alla funzione di cura delle famiglie, comprese quelle che non utilizzano direttamente degli interventi  
 Razionalizzare, integrare e sviluppare i sistemi informativi a supporto e qualificazione della programmazione e della gestione delle attività e delle risorse.  
 Creare un collegamento con l'anagrafe comunale della popolazione residente.

*OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE \*\**

Costruire una vasta rete di soggetti, pubblici e privati, che contribuisca alle varie fasi di progettazione del sistema informativo a supporto degli sportelli e di ricostruzione del sistema dei servizi locali. I soggetti della rete devono essere terminali attivi di informazione, antenne sul territorio in grado di captare il bisogno di informazione del cittadino e di indirizzarlo.

*INDICATORI DI RISULTATO \*\*\**

Oltre agli indicatori regionali  
 Numero sportelli integrati attivati  
 Numero contatti telefonici  
 Numero contatti diretti  
 Numero contatti altri  
 Questionario gradimento del servizio

**10.2 - SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO DEL NUOVO UFFICIO DI PIANO**

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input checked="" type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input checked="" type="checkbox"/>	Giovani <input checked="" type="checkbox"/>	Anziani <input checked="" type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input checked="" type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input checked="" type="checkbox"/>	Salute mentale <input checked="" type="checkbox"/>	Dipendenze <input checked="" type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/>
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>	

**OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI**

Supporto continuativo nel garantire le funzioni/attività stabilite dalla DGR 1004/2007 e dalla DGR 509/2007 relative al presidio dell'integrazione socio-sanitaria ed alle attività di pianificazione, programmazione e monitoraggio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, e con funzioni di analisi, studio, organizzazione e coordinamento, reportistica e quant'altro funzionale alle attività del Comitato di Distretto, vede definito il rapporto nei confronti con l'AUSL di Piacenza, anche per le funzioni di monitoraggio e verifica, in particolare del FRNA.

Vengono progressivamente implementate le risorse professionali che possano rispondere adeguatamente al modello organizzativo stabilito, indicando ed individuando requisiti organizzativi, modalità e figure professionali, per instaurare un sistema stabile di funzionamento dell'Ufficio e che consenta, tra l'altro, di:

- Ampliare gli strumenti per il presidio dei sistemi informativi favorendo il raccordo con il sistema informativo dell'Azienda Usl e dei Comuni del territorio. L'Ufficio opererà in raccordo con gli altri Uffici di Piano dei Distretti presenti nella provincia di Piacenza, prevedendo così un sistema integrato omogeneo in grado di rispondere alle esigenze informative su base sovra distrettuale e aziendale.
- Potenziare l'integrazione professionale tra sociale e sanitaria adottando modalità di lavoro per gruppi che consenta l'utilizzo di professionalità specialistiche su specifici progetti, finalizzati anche alla definizione di protocolli operativi di presa in carico congiunta;

- Dare piena applicazione degli strumenti organizzativi per garantire separatezza tra funzioni di committenza e di produzione;
- Contribuire a strutturare l'organizzazione e la formazione del personale che dovrà essere impiegato nelle attività connesse al rilascio dell'accreditamento anche per le successive funzioni di monitoraggio e controllo;

A tal proposito si è convenuto di consolidare per il prossimo triennio gli assetti organizzativi definiti tra Il Comune Capofila e l'Azienda USL di Piacenza per la costituzione dell'Ufficio di Piano e per la gestione del FRNA.

Per la Zona sociale di Ponente è stata pertanto rinnovata la convenzione tra i 23 comuni per il triennio 2009-2011 in coerenza e raccordo con la convenzione tra il Comune capofila e l'Azienda USL per la costituzione del Nuovo Ufficio di Piano e la gestione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Si precisa che qualora dovessero emergere diverse esigenze organizzative, si provvederà al loro formale recepimento con provvedimento della Giunta Comunale da parte del Comune capofila, nell'ambito dei principi fissati nel Piano di zona per la salute e il benessere sociale.

### 10.3 - STRUMENTI PER LA REGOLAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI (AZIENDA PER I SERVIZI ALLA PERSONA / ASP-ACCREDITAMENTO)

TARGET*								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE <input type="checkbox"/>
<i>(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)</i>

#### **BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE**

Necessità di procedere alla definizione di un assetto organizzativo e ad un piano organico di conferimenti; definizione di un sistema di offerta di servizi sociosanitari maggiormente omogeneo dal punto di vista dei costi e delle opportunità per il cittadino in termini di accesso e modalità di fruizione; necessità di garantire raccordo stretto tra bisogni del territorio, programmazione territoriale e regolamentazione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari (assumendo pienamente la distinzione tra funzione di committenza e produzione dei servizi):  
consolidamento dei rapporti di partnership con gli enti del terzo settore nei termini di una crescente corresponsabilità e valorizzazione delle risorse economiche e di capitale sociale

#### **OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI**

L' ASP Azalea si è formalmente costituita il 1 gennaio 2009.

Si tratta di :

- Accompagnare la fase di avvio dell'ASP operante in area socio-assistenziale e sociosanitaria;
- garantire forme di supervisione e supporto organizzativo da parte degli enti soci, anche in vista del rispetto degli adempimenti previsti dalla disciplina dell'accreditamento;
- definire un piano di progressivo conferimento di nuovi servizi ulteriori a quelli gestiti dalle IPAB che si sono fuse nel nuovo soggetto;
- perseguire la ridefinizione dell'assetto gestionale del sistema dei servizi sociali e sociosanitari e delle relazioni tra soggetti pubblici titolari, soggetti produttori di servizi e cittadini utenti (anche in considerazione dell'attività dell'ASP);
- assicurare gli adempimenti relativi all'introduzione del processo di accreditamento provvisorio, transitorio e definitivo:

- procedere all'attivazione degli organismi e delle competenze deputate alle procedure di accreditamento a livello provinciale e distrettuale;
- procedere alla trasformazione dei rapporti contrattuali in corso tra i Comuni interessati, Azienda USL e soggetti gestori attraverso le procedure di accreditamento transitorio;
- pervenire alla definizione complessiva del nuovo assetto gestionale del sistema previsto nel regime di accreditamento definitivo, tramite la stipula di contratti di servizio;
- presidiare la revisione della programmazione sociale e sociosanitaria con riferimento alla definizione progressiva dei fabbisogni e alla valutazione della qualità delle strutture e dei servizi da accreditare.

*INDICATORI DI RISULTATO\*\*\**

Avvio dell'attività dell'ASP in area sociale e sociosanitaria.  
Implementazione del sistema di accreditamento transitorio e definitivo secondo le indicazioni della Regione Emilia Romagna.

## 11. LINEE D'INTERVENTO CHE ATTUANO L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE. RACCORDO CON ALTRI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE LOCALI

### 11.1 - PROMOZIONE DI CONDIZIONI E DI UNA CULTURA DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

INTERVENTI RIVOLTI AI TARGET.....								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
CON LE FINALITÀ DI:								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>		

#### BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE

- Alta frequenza di incidenti sul lavoro;
- scarsa consapevolezza dei rischi;
- applicazione formale delle norme relative alla salute e sicurezza dei lavoratori;
- necessità di una maggiore tutela delle fasce deboli (donne, disabili, minorenni e lavoratori stranieri);
- presenza di rischi legati alle nuove forme organizzative del lavoro (interinale, in appalto, atipico, a termine...).

#### OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

- Riduzione degli infortuni sul lavoro, delle malattie professionali e delle patologie correlate al lavoro;
- miglioramento della qualità della vita nei luoghi di lavoro dal punto di vista psicologico, sociale e relazionale;
- promozione della cultura della prevenzione fra i tutti soggetti coinvolti;
- integrare la prevenzione basata sul controllo degli oggetti con la prevenzione basata sul controllo dei processi (organizzazione).

#### OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE

- Sviluppare una prevenzione partecipata che miri, all'interno dell'azienda, al coinvolgimento e alla consapevolezza sia dei lavoratori che dei datori di lavoro;
- sviluppare una prevenzione integrata che miri a coinvolgere i soggetti sociali, gli attori tecnici ed istituzionali.

#### INDICATORI DI RISULTATO

Interventi informativi  
Protocolli interistituzionali

**11.2 - RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE E RECUPERO DEI RIFIUTI SOLIDI URBANI**

INTERVENTI RIVOLTI AI TARGET.....								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani X <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
CON LE FINALITÀ DI:								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza X <input type="checkbox"/>		

BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE
Necessità di razionalizzare il ciclo di produzione dei rifiuti con riduzione dell'impatto ambientale e paesaggistico conseguente allo smaltimento in discarica e all'incenerimento con contenimento delle emissioni.

OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI
Promuovere maggiore consapevolezza delle implicazioni per la salute collettiva di una corretta gestione del ciclo dei rifiuti.
OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- aumento delle famiglie che passano dal sistema di raccolta indifferenziata al sistema domiciliare porta a porta;</li> <li>- sensibilizzazione dei cittadini e realizzazione di campagne di comunicazione in collaborazione con Enia e Ato, con particolare attenzione al coinvolgimento delle circoscrizioni, delle parrocchie, delle scuole, delle associazioni.</li> </ul>
INDICATORI DI RISULTATO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- realizzazione iniziative pubbliche;</li> <li>- numero di famiglie che passano dal sistema di raccolta indifferenziata a quello domiciliare</li> </ul>

**11.3 - POTENZIAMENTO DELLA RETE DELLE CURE PALIATIVE**

INTERVENTI RIVOLTI AI TARGET.....								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input checked="" type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
CON LE FINALITÀ DI:								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>			Prevenzione <input type="checkbox"/>			Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>		
BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE								
Debolezza della rete delle cure palliative rivolte alle persone minori, adulte e anziane; sostegno alle famiglie di persone alla fine della vita per patologie croniche; sostegno al mantenimento a domicilio delle persone nella fase finale della loro vita per patologie croniche.								

OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere e sostenere il ruolo delle reti sociali orientate alla cura del periodo di fine vita;</li> <li>- integrare l'attività dell'Hospice di Borgonovo nella rete delle cure palliative distrettuale.</li> </ul>
INDICATORI DI RISULTATO
Ridefinizione della rete delle cure palliative distrettuali con l'inserimento dell'Hospice.

**11.4 – OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE CON LE ALTRE POLITICHE****OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE \*\*****- POLITICHE ABITATIVE**

❖ Sviluppo di azioni per la messa in rete di interventi/attività finalizzati al potenziamento e qualificazione delle soluzioni abitative: ricognizione e monitoraggio del patrimonio ERP esistente in ambito distrettuale e verifica consistenza/rispondenza ai bisogni locali; verifica disponibilità al recupero del patrimonio pubblico non utilizzato e conseguente disponibilità di risorse economiche (programma straordinario di ERP di cui all'art. 21 D.L.159/2007); verifica dotazione di aree disponibili o programmate nei P.S.C. e destinate all'edificazione di alloggi di ERP.

❖ Sviluppo di azioni per la messa in rete di interventi/attività finalizzati a favorire l'incontro tra domanda e offerta nel mercato degli alloggi in locazione: forme di sostegno alle spese per canoni di locazione a favore di categorie a basso reddito attraverso l'erogazione dei contributi del fondo sociale per l'affitto; promozione e sviluppo dell'Agenzia per la locazione ex L.R. 24/2001 art. 6; potenziamento della dotazione di alloggi sociali a disposizione dei servizi sociali per la predisposizione di progetti di reinserimento sociale.

**- POLITICHE DELLA SICUREZZA**

❖ Sviluppo di azioni per la messa in rete degli interventi/attività svolte da Servizi Sociali e Forze dell'Ordine (Polizia di Stato, Carabinieri; Vigili Urbani) per il contenimento del pericolo sociale: prevenzione e controllo di atti di vandalismo e comportamenti a rischio; monitoraggio scuole, campi nomadi, anziani soli; controlli ed indagini; trattamenti sanitari obbligatori.

❖ Sviluppo di azioni per la messa in rete degli interventi/attività svolte da Servizi Sociali, Servizi socio-sanitari e Forze dell'Ordine (Polizia di Stato, Carabinieri; Vigili Urbani) per prevenzione nelle scuole: educazione stradale, informazioni sull'uso di sostanze ed alcol.

❖ Sviluppo di azioni d'integrazione e formazione comune tra Servizi Sociali e Forze dell'Ordine (Polizia di Stato, Carabinieri; Vigili Urbani) per gestione interventi di protezione sociale rivolti alla tutela dei minori.

**INDICATORI DI RISULTATO \*\*\***

N° e tipologia protocolli interservizi realizzati

N° e tipologia di attività formative congiunte programmate e realizzate

## 12. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

In coerenza con quanto previsto dal PSSR 2008-2010, si intende porre specifica attenzione alla programmazione ed attuazione sistematica di **azioni di monitoraggio e valutazione** degli interventi che si realizzeranno nel corso del triennio.

Centrale è, infatti, la valutazione in itinere dell'efficacia e dei risultati prodotti dalle azioni messe in campo e la rispondenza rispetto agli obiettivi prioritari stabiliti in questa sede di programmazione.

Un costante monitoraggio e valutazione degli interventi – e della connessione fra singoli interventi e politiche per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie, gli adulti, gli anziani, i disabili, l'immigrazione – consente infatti di poter, da un lato, sottolineare le prassi che funzionano, promovendole e diffondendole e, dall'altro, permette di intervenire per ri-orientare quegli interventi che non risultano essere efficaci o coerenti con quanto previsto in sede di progettazione.

La costruzione di un sistema di monitoraggio che consenta di descrivere l'andamento delle principali azioni, progetti e servizi presenti sul territorio, nonché di un sistema di valutazione, coerente con le linee regionali e provinciali (ed in particolare con quanto sarà prodotto dallo specifico gruppo regionale attivo su questo tema), che misuri l'efficacia delle scelte programmatiche e degli interventi realizzati costituisce, dunque, un obiettivo prioritario a livello distrettuale.

In tale direzione, il Distretto di Ponente considera il processo di valutazione come processo di apprendimento collettivo dei soggetti che insieme concorrono alla realizzazione delle politiche sociali e socio-sanitarie, in un'ottica di governance del sistema locale dei servizi.

A livello operativo, il Distretto di Ponente intende porre in atto azioni di monitoraggio e valutazione dell'impatto degli interventi programmati nei diversi momenti del processo:

- valutazione ex ante
- valutazione in itinere
- valutazione ex post

### ***Valutazione ex ante***

Ogni processo valutativo inizia ed è inscindibile dal percorso di progettazione degli interventi. Così, per ciascuna delle azioni attivate nell'ambito della programmazione zonale sono stati costruiti, già in sede di progettazione, degli indicatori di risultato specificati nelle singole schede progetto, in rapporto a ciascuno degli obiettivi che il progetto stesso intende perseguire.

La definizione di tali indicatori è finalizzata, innanzitutto, a chiarire e focalizzare l'oggetto stesso della valutazione.

Inoltre, consente di avviare da subito un monitoraggio atto a fornire una costante analisi dei bisogni emergenti dagli interventi, a seguirne l'evoluzione e lo sviluppo ed a ri-orientare in maniera flessibile le azioni in rapporto alle esigenze.

### ***Valutazione in itinere***

Il monitoraggio degli interventi nel corso della loro realizzazione (valutazione in itinere) è l'azione centrale del processo valutativo: si intende, infatti, seguire passo passo l'andamento dei progetti zonali, per avere sempre un quadro aggiornato dei punti di forza, delle difficoltà operative e di sistema, nonché dei bisogni emergenti, dei fenomeni in evoluzione, del complesso delle esigenze sociali e socio-sanitarie della cittadinanza.

L'obiettivo della valutazione in itinere per il Distretto di Ponente è quello della costruzione di un osservatorio permanente sui bisogni, ossia di un patrimonio di conoscenze in continua evoluzione che supporti l'operatività e sostenga l'efficacia degli interventi, contribuendo al tempo stesso ad arricchire di dati sempre aggiornati l'Ufficio di Piano ed i servizi.

Il monitoraggio dei progetti consente, inoltre, di verificare in corso d'opera l'effettivo raggiungimento degli obiettivi stabiliti in sede di programmazione, facilitando la progettazione di eventuali variazioni nelle azioni qualora quelle inizialmente pianificate non si dimostrino efficaci.

Tale azione di controllo appare tanto più importante quanto più si intende operare nella direzione di un utilizzo ottimale delle risorse.

### **Valutazione ex post**

La valutazione ex post misura l'impatto avuto dall'intervento in termini di cambiamento rispetto alla situazione precedente e di raggiungimento degli obiettivi prestabiliti.

Si tratta di un'azione sia di tipo quantitativo sia di tipo qualitativo, volta a fornire elementi utili alla successiva programmazione delle politiche e degli interventi per la salute ed il benessere sociale, nonché a focalizzare i nuovi bisogni ed i relativi obiettivi emergenti.

### **La metodologia**

Dal punto di vista metodologico, la valutazione che si intende realizzare è una valutazione partecipata, che raccoglie le percezioni dei diversi attori coinvolti nel processo e che coinvolge i destinatari stessi degli interventi.

Particolare e specifica importanza è data all'attività di documentazione delle azioni di monitoraggio e valutazione realizzate, nonché dei passaggi progettuali e dei risultati progressivamente raggiunti.

Il Distretto di Ponente realizza le suddette attività di monitoraggio e valutazione grazie alla funzione dei tavoli tematici di area e, per quanto attiene all'area minori, del gruppo permanente coordinato dalla figura di sistema.

In particolare, le righe che seguono descrivono le modalità con cui si intende operare nello specifico nell'area minori ed adulti.

## **AREA MINORI: RESPONSABILITÀ FAMILIARI, INFANZIA E ADOLESCENZA, GIOVANI**

Al fine di poter realizzare un monitoraggio ed una valutazione costanti ed efficaci, come già specificato nella tabella 1 relativa all'**integrazione gestionale e professionale**, per il Distretto di Ponente appare prioritario poter consolidare la funzione di sistema, attraverso il mantenimento del Gruppo di lavoro interservizi (servizi sociali, pediatria di comunità, area salute donna, NPIA, Sert...) coordinato dalla Figura di Sistema.

La funzione di sistema, infatti, fa propri compiti di:

- monitoraggio e valutazione delle progettualità in essere, di supporto alla programmazione socio-sanitaria distrettuale e di promozione della messa in rete fra operatori e servizi del territorio distrettuale;
- coordinamento delle attività necessarie per l'attivazione di protocolli di collaborazione fra servizi.

Attraverso la funzione di sistema, quindi, sarà realizzato il monitoraggio degli interventi dell'area minori, grazie alla costruzione, somministrazione e rielaborazione periodica di appositi strumenti (condivisi a livello distrettuale) ed alla produzione della relativa documentazione.

## **AREA ADULTI: IMMIGRAZIONE, DIPENDENZE, POVERTÀ**

Sarebbe auspicabile introdurre una funzione di sistema analoga a quella dell'area minori anche nell'area adulti, con compiti di:

- monitoraggio e valutazione delle progettualità in essere, di supporto alla programmazione socio-sanitaria distrettuale e di promozione della messa in rete fra operatori e servizi del territorio distrettuale;
- coordinamento delle attività necessarie per l'attivazione di protocolli di collaborazione fra servizi;

ed attraverso la quale realizzare il monitoraggio degli interventi dell'area adulti, grazie alla costruzione, somministrazione e rielaborazione periodica di appositi strumenti (condivisi a livello distrettuale) ed alla produzione della relativa documentazione.

**CAPO III**  
**ORIENTAMENTI PER LA**  
**PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA**  
**TRIENNALE**  
**RELATIVA AGLI INTERVENTI**  
**SOCIALI, SOCIOSANITARI E**  
**SANITARI TERRITORIALI**

## **CAPO III - ORIENTAMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA TRIENNALE RELATIVA AGLI INTERVENTI SOCIALI, SOCIOSANITARI E SANITARI TERRITORIALI**

L'incertezza circa la disponibilità di risorse per i prossimi anni, condiziona di fatto l'espressione precisa e circostanziata di orientamenti per la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali, fatta salva la volontà di proseguire nel raggiungimento degli obiettivi definiti nel presente documento di programmazione.

Un elemento fortemente condizionante qualsiasi programmazione legata ai progetti ed agli interventi, così come espressi nel presente Piano a validità triennale, è costituito dalla conferma del volume di finanziamento complessivo che vede il concorso di risorse diversificate sia per quanto riguarda le fonti (Statali, Regionali, Provinciali, Comunali ecc.) che per quanto attiene alla loro natura (Fondo sanitario, Fondo sociale, Fondi dedicati ecc.).

La portata di questi finanziamenti definisce e determina la possibilità di mantenere i livelli che sono stati definiti per l'anno 2009.

Il Piano presuppone e richiede continuità di impegno nel triennio 2009-2011 da parte degli Enti locali partner oltre a una base finanziaria non decrescente per le annualità successive.

Nell'ambito della programmazione triennale, ci si riserva quindi di adeguare la previsione che deriva per l'anno 2009 sugli anni successivi, sulla scorta dell'andamento dei flussi effettivi di finanziamento sia da parte della Regione Emilia-Romagna che da parte dello Stato, nella consapevolezza che il difficile quadro economico che stiamo attraversando possa indurre una limitatezza di risorse disponibili da parte degli Enti territoriali con conseguenze di difficile gestione dei servizi e difficoltà a mantenere l'erogazione degli stessi.

In questo contesto la ricerca di apporti finanziari nuovi e diversi diventa fondamentale e strategica, pertanto saranno poste in essere tutte le possibili iniziative per incrementare la partecipazione e l'apporto soprattutto delle Fondazioni ed il contributo da parte dei privati.

Nella attuale situazione di crisi congiunturale il Distretto è impegnato ad attuare, per le parti di competenza propria delle Amministrazioni locali, tutti gli aggiornamenti che si rendessero necessari nell'arco di validità della pianificazione al fine di concorrere, con gli altri strumenti di governo locale, ad attuare una politica concertata di contrasto all'impoverimento e alla diminuzione dei livelli di salute e di benessere della popolazione.

**APPENDICE:  
CONFRONTO DI CONCERTAZIONE  
CON LE OO.SS.  
CGIL-CISL-UIL CONFEDERALI  
E DISTRETTO DI PONENTE**

## APPENDICE

### Confronto di concertazione con le OO.SS. CGIL-CISL-UIL confederali e Distretto di Ponente ( Valli Tidone-Luretta-Trebbia )

In data odierna si sono incontrati i rappresentanti del Comitato di Distretto Sociale e Sanitario di Ponente e le Organizzazioni Sindacali Provinciali CGIL CISL UIL di Piacenza ed hanno individuato negli obiettivi e nelle linee generali dell'Atto d'indirizzo e del Profilo di Comunità, coordinamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitario di Piacenza, il punto di riferimento dal quale coerentemente partire nella presente programmazione, hanno inoltre convenuto quanto segue:

1. Il presente Piano per la salute ed il benessere sociale del Distretto di Ponente , deve garantire un'omogeneità dell'offerta in tutta la zona Sociale, superando la frammentarietà delle prestazioni.
2. Le Organizzazioni Sindacali Confederali CGIL-CISL-UIL condividendo gli obiettivi triennali contenuti nei documenti programmatori nella prospettiva della crescita complessiva del sistema di welfare distrettuale, sottolineano le priorità sulle quali concentrare le risorse e gli interventi di integrazione:
  - il rafforzamento delle cure domiciliari e del concetto di domiciliarità, per gli anziani non autosufficienti e le persone disabili, qualificando gli interventi a partire dall'assistenza domiciliare integrata, dai servizi di supporto alla famiglia che cura e dagli interventi per la prevenzione della fragilità;
  - il miglioramento della continuità assistenziale ospedale-territorio, migliorando l'efficacia e l'efficienza dei protocolli distrettuali per le dimissioni protette, favorendo l'apporto dei MMG e supportando maggiormente le famiglie
  - il continuo miglioramento dei servizi esistenti, con un'attenzione all'integrazione sociosanitaria in tutte le sue dimensioni, istituzionale- programmatoria - professionale- formativa - strumentale
  - l'implementazione del progetto dello sportello sociale da estendere nel territorio , nell'ottica dell'accesso alla rete dei servizi socio -assistenziali e sociosanitari sempre più integrato ed omogeneo sul territorio per rendere concretamente esigibili i diritti delle famiglie
  - la necessità di sviluppare i Piani per la salute e il benessere sociale ricercando l'integrazione tra le politiche sociali e politiche diverse (casa- trasporti- sport-cultura- ambiente), per ottimizzare le risorse disponibili e per costruire la società del benessere
  - l'attuazione di politiche tariffarie dei servizi socio -assistenziali sostenibili e rispondenti alle attuali condizioni socioeconomiche delle famiglie, nell'ottica dell'omogeneità distrettuale e del principio di progressività (I.S.E.E.)
3. L'apporto dei soggetti del Terzo settore e più in generale del Privato si deve esprimere, non solo attraverso la gestione dei servizi, ma anche con un contributo concreto ed evidente di risorse ed esperienze da mettere a disposizione del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari, in un'ottica di integrazione di solidarietà.
4. In considerazione dell'incertezza sulla disponibilità delle risorse economiche, nell'arco del triennio è opportuna una modulazione annuale della progettazione, per garantire la necessaria flessibilità, alla luce anche dal problema dell'attuale crisi congiunturale, rispetto alla quale a tuttora non si prevedono i tempi di uscita. E' ruolo della concertazione tra le Parti l'eventuale rimodulazione della scelte. Infatti, a fronte dell'evoluzione della situazione

economica ed occupazionale della crisi che sta investendo la società nazionale e internazionale, occorre che anche le pianificazioni locali di ambito sociosanitario siano intese come strumenti flessibili, adattabili alle esigenze e ai mutamenti delle condizioni di vita della cittadinanza e pertanto il Distretto è impegnato ad attuare, per le parti di competenza propria delle Amministrazioni locali, tutti gli aggiornamenti che si rendessero necessari nell'arco di validità della pianificazione al fine di concorrere, con gli altri strumenti di governo locale, ad attuare una politica concertata di contrasto all'impoverimento e alla diminuzione dei livelli di qualità della vita e di benessere della popolazione.

5. Si conviene sulla necessità di individuare parametri oggettivi, sulla base dei quali misurare la rispondenza tra obiettivi e risultati, assumendo e consolidando il metodo della massima trasparenza attraverso la verifica periodica e la rendicontazione.
6. Le Parti, sulla proposta in discussione, relativa alla programmazione degli interventi per il 2009 a carico del FRNA, del FNA e del Fondo sociale locale, ne condividono la coerenza con le impostazioni e gli obiettivi ad oggi concertati.
7. Le parti convengono inoltre di aprire un confronto specifico in merito all'adeguamento dei servizi del Distretto, al sistema dell'accreditamento sulla base della normativa regionale di prossima emanazione, privilegiando il criterio dell'unicità gestionale, per una migliore qualità dei servizi, una più equa ed omogenea compartecipazione alla spesa degli utenti ed una politica del personale adeguata nei termini di risorse, formazione, superamento del precariato.
8. In considerazione che l' ASP è soggetto fondamentale della rete dei servizi del Distretto, si ritiene indispensabile favorire un'operatività comune della sua azione con la pianificazione generale, attraverso il coordinamento dell'ufficio di Piano, al fine di promuovere l'unicità degli interventi e la necessaria integrazione tra tutti i settori di promozione Sociale.
9. In considerazione di quanto affermato nell'atto di indirizzo e coordinamento della CTSS di Piacenza, è necessario esprimere concretamente la "presa in carico" della persona, sia nei servizi sociali, sia, in particolar modo, in quelli sanitari.
10. Redazione concertata di:
  - un piano anziani, di un piano giovani e di un patto per l'infanzia e l'adolescenza
  - realizzazione di un progetto sulla fragilità con particolare riguardo alle aree della montagna e delle zone più disagiate
  - di un piano finalizzato alla piena integrazione degli immigrati con particolare riferimento al tema dei minori non accompagnati, alla casa e al lavoro valorizzando le esperienze in atto.
11. I rappresentanti del Comitato di Distretto s'impegnano a garantire incontri periodici (da definire subito gli step) di verifica sui progetti programmati, fornendo tutti gli elementi utili ad ogni ulteriore approfondimento, e per consentire un corretto governo dei percorsi avviati e le parti si dichiarano disponibili al confronto ogni qual volta se ne dovesse ravvisare la necessità in relazione all'evoluzione del contesto socio-sanitario assunto per la stesura del Piano Triennale, attraverso il confronto con i rappresentanti del Comitato di Distretto e l'Ufficio di Piano.

C.G.I.L. Provinciale	Claudio Malacalza
C.I.S.L. Provinciale	Marina Molinari
U.I.L. Provinciale	Massimiliano Borotti
C.G.I.L. – F.P.	Michele DeRose
U.I.L. –F.P.L.	Alessandro Dosi
C.G.I.L. Pensionati	Luigi Battini
C.I.S.L. Pensionati	Giuseppe Lucenti
U.I.L. Pensionati	Pasquale Negro
Il Presidente del Comitato di Distretto	Dott. C.G. Capelli
Il Direttore del Distretto di Ponente	Dr.ssa P. Reboli

Castel San Giovanni, 30 marzo 2009