

EQUITA' E DIFFERENZE IN EMILIA-ROMAGNA: ANALISI DEL CONTENUTO DEL PIANO SOCIALE E SANITARIO 2008-2010

Luigi Palestini, Barbara Calderone, Maria Augusta Nicoli*

* Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna

Parole chiave: piano sociosanitario, integrazione, equità, analisi del testo

Luigi Palestini
Agenzia Sanitaria e Sociale regionale – Area Comunità, Equità e Partecipazione
Viale Aldo Moro 21, 40127 Bologna
Tel. 051/6397452
Fax 051/6397053
lpalestini@regione.emilia-romagna.it

Gli Autori trasferiscono la proprietà dei Diritti d'Autore alla Rivista nell'eventualità che il loro lavoro sia pubblicato. Dichiarano che l'articolo è originale, non è stato inviato ad altra rivista e non è stato pubblicato.

Sommario per l'indice interno:

Si riporta un'esperienza condotta in Emilia-Romagna che aveva l'obiettivo di verificare in quali termini i principi di equità e non discriminazione sono presenti e declinati all'interno del Piano Sociale e Sanitario Regionale, utilizzando un'analisi del contenuto del testo.

Riassunto:

Un primo obiettivo generale della ricerca presentata è di analizzare mediante software la struttura testuale del Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna, in modo da comprendere quali nuclei di significato emergano dal testo e come questi si distribuiscano all'interno delle varie parti del testo stesso. Un ulteriore obiettivo è quello di indagare l'idea di *equità* che influenza la programmazione locale e che si presenta nel testo del Piano.

I risultati ottenuti consentono di sostenere solo parzialmente questa ipotesi. I termini che rimandano a possibili differenze sociali si inseriscono in quadri tematici non sempre completi o chiari. Parallelamente, l'analisi dei nuclei di significato ha restituito alcuni cluster principali che descrivono le aree delle politiche per la non autosufficienza, dei servizi e della ricerca/innovazione; quando invece ci si sposta sulla programmazione relativa a determinate fasce di popolazione si riscontra una sorta di "aggregazione" dei lemmi, per cui i significati ruotano principalmente attorno al concetto di risposta ai bisogni e le differenze interne alla popolazione passano in secondo piano.

Key words: health care and social plan, integration, equity, text analysis

Abstract:

This study was aimed at verifying the terms in which the principles of equity and non-discrimination are tailored to the Emilia Romagna Regional Health Care and Social Plan, using a content text analysis of the text.

Summary:

This study mainly aims at analyzing – by means of a text analysis software – the textual structure of the Emilia-Romagna Regional Health Care and Social Plan, in order to understand which core meanings emerge and whether these fail to provide an idea of integrated planning for health care and social services. A further step is to investigate which idea of equity stems from the Plan influences local programming.

The results only partially support this hypothesis. The terms referring to social differences are part of thematic frameworks which are not always complete or clear. In parallel, the analysis of core meanings has returned some text clusters describing the main policies for long-term care, services and research/innovation, but when we focus on planning related to some specific segments of the population a sort of "word aggregation" emerges: core meanings primarily tend to revolve around the concept of need response and differences within the population take a back seat.

*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.
[Art.3 della Costituzione della Repubblica Italiana]*

1. Introduzione

Il Piano Sociale e Sanitario 2008-10 della Regione Emilia-Romagna¹ è lo strumento principe della programmazione integrata, delinea gli obiettivi strategici del sistema di servizi sociali, sociosanitari e sanitari, definisce le forme di regolazione del sistema e fornisce indicazioni per la sua valutazione. Il Piano (approvato in seguito ad un ampio confronto con la società regionale) ha dato avvio in tutta la regione alla programmazione locale, realizzata dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie che hanno elaborato i Profili di comunità (lettura partecipata dei bisogni di salute e di benessere della popolazione) e i conseguenti Atti di indirizzo triennali, definendo successivamente a livello locale gli Accordi di programma 2009 per l'adozione dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale 2009-2010 e i Piani attuativi.

Il Piano porta inoltre a compimento il processo di integrazione tra politiche, servizi e soggetti del welfare, avviato con le leggi regionali n. 2 del 2003 (legge quadro sui servizi sociali) e n. 29 del 2004 (legge di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale). Di queste due leggi quindi non solo eredita implicitamente i principi ispiratori, ma dovrebbe anche essere in grado di esplicitare le forme e le modalità della loro garanzia ed attuazione. I principi ispiratori sono: universalità; pari opportunità; equità; equità di accesso; trasparenza; rispetto della dignità della persona, dei diritti di cittadinanza sociale e dei bisogni; centralità del cittadino e delle comunità locali; partecipazione attiva; riservatezza; adeguatezza; appropriatezza; efficacia; flessibilità; personalizzazione degli interventi; libera scelta del luogo di cura; prevenzione, contrasto e rimozione delle cause del disagio e dell'emarginazione sociale. Tali valori dovrebbero essere non solo affermazioni di principio sottese al Piano, ma contenuti espliciti e nuclei di significati facilmente rintracciabili lungo tutto il testo del documento.

¹ PSSR- Approvato con deliberazione dell'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 175 del 22 maggio 2008 (Pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 92 del 3 giugno 2008 Parte II) su proposta della Giunta regionale approvata con delibera 1448/2007.

2. Presupposti e riferimenti teorici

Per verificare in quali termini i principi di equità e non discriminazione sono presenti e declinati all'interno del Piano è stata condotta un'analisi del contenuto del testo. Si tratta di un approccio differente da un'analisi di politica sanitaria focalizzata sulla messa in luce o sul confronto di elementi quali priorità e obiettivi espliciti, indicatori di processo e di risultato. Parallelamente, l'analisi del contenuto è più spesso utilizzata nell'ambito delle scienze sociali per esplorare e analizzare i contenuti di documenti, articoli di giornale, trascrizioni di interviste o focus group, risposte a questionari con domande aperte ecc. (Lancia, 2004), mentre più raramente è applicata a testi legislativi.

Prima di entrare nel merito del metodo utilizzato e dei risultati emersi è necessario specificare i riferimenti teorici che hanno guidato la logica dell'analisi e le scelte operative. In primo luogo, va specificato che in questa sede ci si riferisce al concetto di "equità" intesa come *equity*, ovvero come giustizia sostanziale, capacità di tenere conto delle particolarità e delle differenze. "Equità" rimanda alla possibilità di prendere una decisione svincolata dall'applicazione di una norma astratta ed elaborata invece in coscienza: si parla pertanto di equità come regola di giudizio del caso singolo. Il concetto di *equity* va distinto da quello di *equality* (uguaglianza), la parità di diritti umani e individuali sancita dall'art. 3 della Costituzione precedentemente riportato.

In questo senso va presa in considerazione l'affermazione di Sennet "*Diversi si nasce, disuguali si diventa*" (Sennet, 2003), ovvero il fatto che, benché la nostra società tenda a presentare le disuguaglianze come se fossero un dato di fatto, esse sono in realtà il risultato di una serie di interazioni rituali localizzate, cioè collettivamente costruite e organizzate nello spazio e nel tempo. Da questo punto di vista, anche un documento amministrativo di programmazione può essere considerato "uno spazio" di costruzione (più o meno condivisa) di significati, collocati in preciso "tempo" della vita di un'organizzazione. Le parole che propone, il modo in cui le organizza graficamente e tematicamente, ma anche i termini che esclude e non utilizza, contribuiscono a definire e specificare l'idea stessa di equità, le forme di tutela dei diritti a cui fa riferimento, le persone effettivamente titolari di garanzie di equità e di rispetto.

In secondo luogo, si è cercato di andare oltre l'idea che equità e rispetto delle differenze passino esclusivamente attraverso l'individuazione di "target di utenti" ritenuti fragili e bisognosi e quindi oggetti di politiche o azioni specifiche (anziani, minori, donne, stranieri, malati...), quanto piuttosto il fatto che le politiche e le azioni sono eque nel momento in

cui sono capaci di includere le diversità (di sesso, età, abilità, lingua, cultura...), di cui ogni cittadino/potenziale utente è portatore. In questo senso, un documento contribuisce ad attuare equità e rispetto non solo se propone forme di servizi e tutela per specifici gruppi, ma a quante più possibili diversità apre idealmente le porte. Ciò in termini di parole che ha "il coraggio" di proporre e non di tacere; in base a quante immagini non stereotipate di possibili cittadini-utenti è in grado di stimolare nella immaginazione di chi legge e di proporre a chi programma i servizi.

Questa visione multidimensionale è più che mai necessaria nella società contemporanea, in cui le categorie di stratificazione sociale e le disuguaglianze socioeconomiche hanno perso quasi completamente la capacità di lettura della società stessa, all'interno della quale invece dominano le multi-appartenenze e le multi-identità. Nella società di oggi infatti le vulnerabilità e le fragilità sociali sono diventate esperienze della vita quotidiana di ognuno (non solo dei poveri e degli emarginati) e le diversità tagliano trasversalmente categorie che una volta erano omogenee e contrapposte (giovani vs. anziani; italiani vs. stranieri; donne vs. uomini; sani vs. ammalati; abili vs. disabili; poveri vs. benestanti; emarginati vs. integrati...) (Ranci, 2002).

3. L'analisi informatica dei testi

Lo sviluppo di software per l'analisi dei dati testuali si pone come un'opportunità per la ricerca qualitativa, visto l'equilibrio fra creatività e rigore apportato da queste procedure, sebbene questo approccio non sia esente da limiti e non fornisca risposte a tutte le domande (Villano, Prati e Palestini, 2008). L'analisi informatica dei testi si pone come obiettivo la ricerca delle dimensioni fondamentali di senso all'interno del testo in esame, sia in termini di analisi descrittiva dei dati testuali (frequenze e concordanze di parole, sequenze di parole significative) sia di analisi inferenziale (identificazione di strutture e relazioni latenti fra le parole stesse; Cicognani, 2002). Ciò che è importante mettere in evidenza è che in nessun caso i software di analisi dei testi possono sostituire il lavoro di interpretazione del ricercatore, né giustificare le scelte analitiche operate sul testo (Mazzara, 2002): se infatti da un lato i pacchetti applicativi per l'analisi testuale consentono un risparmio di tempo e offrono maggiori garanzie di attendibilità e validità, dall'altro l'uso inappropriato di questi strumenti può porre in secondo piano l'aspetto teorico e interpretativo tipico della ricerca qualitativa.

In questa prospettiva, per la nostra indagine si è scelto di utilizzare il software T-Lab (<http://www.tlab.it>), costituito da un insieme di strumenti linguistici e statistici per l'analisi dei testi che consente l'estrazione, la comparazione e la mappatura dei contenuti di dati testuali (Lancia, 2004). T-Lab non lavora sui significati del testo (ovvero sul contenuto del testo stesso), ma sui significanti (ossia le stringhe di testo che individuano diverse unità lessicali e di contesto): il significato di ogni parola assume una valenza sulla base delle sue relazioni con i contesti, cioè attraverso la distribuzione delle sue occorrenze all'interno di specifiche porzioni di testo. Più sinteticamente, i risultati delle analisi ci danno un'idea del significato condiviso dalle parole, poiché quando due parole tendono a "co-occorrere" all'interno di analoghi contesti linguistici (ovvero a presentarsi ripetutamente all'interno degli stessi periodi o paragrafi) tendono ad assumere e convogliare significati simili (Lancia, 2005).

4. Obiettivi e metodo

Gli obiettivi della ricerca svolta sono molteplici e si collegano al progetto di modernizzazione "Equasanià", incentrato su innovazione e sviluppo organizzativo per i servizi sociali e sanitari².

Riallacciandosi a quanto detto in precedenza, un primo obiettivo generale è quello di analizzare la struttura testuale del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 (PSSR) in modo da comprendere quali nuclei di significato emergano dal testo e come questi si distribuiscano all'interno delle varie parti del testo stesso.

Un secondo obiettivo è quello di indagare l'idea di *equità* che influenza la programmazione locale e che si presenta nel testo del PSSR; parallelamente, ci siamo proposti di indagare quali tra le *differenze* di cui la popolazione della Regione Emilia-Romagna è portatrice sono particolarmente riconosciute e tutelate. Le differenze esplorate si rifanno a quanto indicato nell'art. 13 del Trattato di Amsterdam³, che prevede la lotta alle "*discriminazioni fondate sul sesso, la razza o l'origine etnica, la religione o le convinzioni personali, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali*", e alla sua integrazione nell'art. 21 della Carta dei Diritti

² Progetto *Equasanià* (Equality assessment: innovazione e sviluppo organizzativo per l'equità nella programmazione, accesso ed erogazione dei servizi sanitari), inserito nei progetti di modernizzazione anno 2009 – assegnazione e concessione fondi alle aziende sanitarie a titolo di cofinanziamento – DGR 2337/2009.

³ Trattato di Amsterdam che modifica il trattato sull'Unione Europea, i trattati che istituiscono le Comunità Europee e alcuni atti connessi – Amsterdam, 02/10/1997 – Gazzetta ufficiale n. C 340 del 10 novembre 1997.

Fondamentali⁴ – che oltre alle succitate differenze include “*il colore della pelle [...], l'origine [...] sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua [...], le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita*”.

Un ultimo obiettivo, seppure più ampio e raggiungibile solo in modo indiretto, è quello di verificare le modalità con cui il PSSR tratta il targeting della popolazione oggetto della programmazione e l'analisi dei bisogni della stessa.

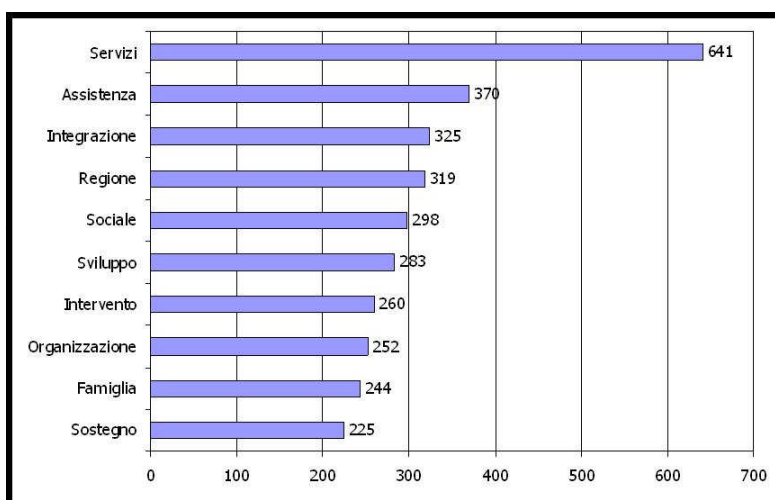
Il corpus del PSSR è stato sottoposto a un'analisi delle associazioni di parole per indagare le unità lessicali che più frequentemente si associano a una o più parole scelte dal ricercatore all'interno dei contesti elementari⁵. In seguito è stata utilizzata un'analisi tematica dei contesti elementari per identificare i principali temi presenti nel corpus ed esaminare le relazioni di somiglianza e/o differenza tra gli stessi. Tale analisi permette di rappresentare i contenuti del corpus per mezzo di cluster tematici, ovvero insiemi di parole che condividono gli stessi contesti e che necessitano dell'attribuzione di un significato come risultato di un processo interpretativo (Rastier, 1987).

5. Risultati

5.1 Lemmi più frequenti

In prima battuta e a scopo esplorativo è stata calcolata la frequenza di tutti i lemmi⁶ che compongono il testo del PSSR. I risultati indicano che i 10 lemmi più frequenti all'interno del PSSR (fig. 1) rimandano principalmente al mondo dei servizi che forniscono assistenza e interventi integrati a livello regionale.

Figura 1: i 10 lemmi più frequenti nel corpus

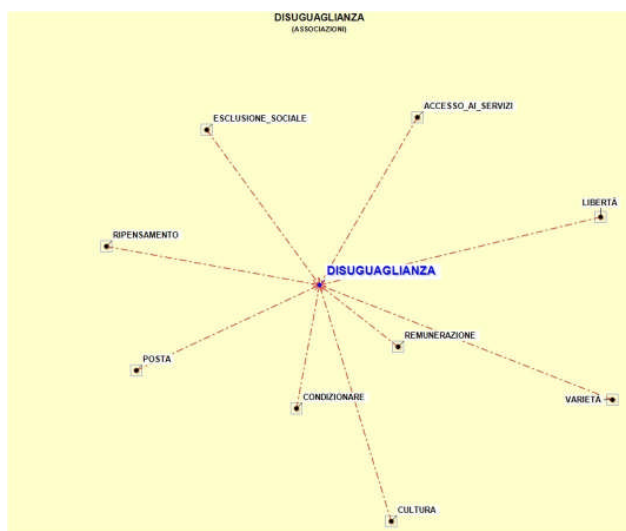


dal software per effettuare analisi che richiedono il
mentari possono essere frasi, frammenti, paragrafi o
parole che il software riconosce come forme grafiche;
sono essere ricondotte ad un lemma sulla base
es.: “parlo” → “parlare”) o alla medesima classe

5.2 Il concetto di equità

In prima battuta, sono state analizzate le associazioni di parole per i termini centrali per il nostro focus di ricerca, ossia "disuguaglianza" (n=23) ed "equità" (n=22). L'output dell'analisi è in forma di diagramma radiale⁷.

Figura 2: Associazioni di parole per il lemma "Disuguaglianza"

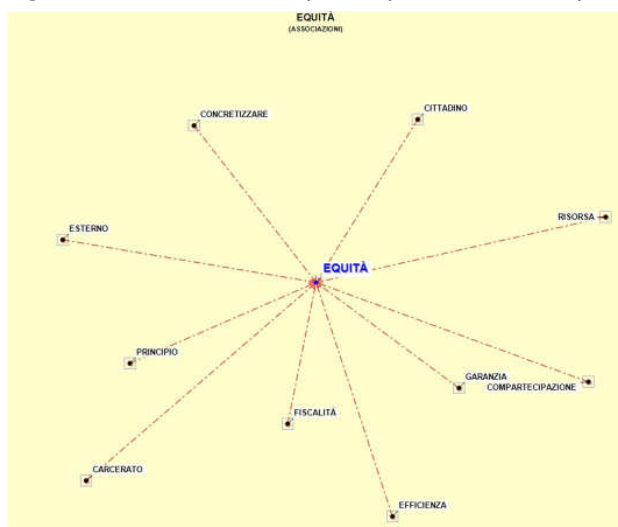


| LEMMA | COEFF |
|--------------------|-------|
| remunerazione | 0,322 |
| condizionare | 0,213 |
| posta | 0,174 |
| ripensamento | 0,174 |
| esclusione_sociale | 0,153 |
| accesso_ai_servizi | 0,147 |
| libertà | 0,129 |
| varietà | 0,114 |
| cultura | 0,110 |

Per quanto concerne le associazioni con il lemma "disuguaglianza" (fig. 2), il quadro riscontrato appare abbastanza chiaro, seppure con alcuni elementi più difficili da interpretare. Se infatti da un lato alcuni dei termini associati strettamente al lemma rimandano a un'idea di disuguaglianza come forma di esclusione sociale – con accenni all'aspetto culturale – che si traduce in una disparità di accesso ai servizi, dall'altro lato è importante far notare che il termine associato in modo più forte sia "remunerazione". Sembrerebbe quindi che nel testo in esame l'idea di disuguaglianza che ci saremmo attesi di trovare sia presente, ma non in modo così forte e preciso come previsto.

⁷ Rappresentazione grafica in cui il grado di associazione tra il lemma scelto come centro dell'analisi e i lemmi ad esso collegati è calcolato mediante il coefficiente del coseno; la distanza dei lemmi dal centro del diagramma esprime la maggiore o minore forza dell'associazione.

Figura 3: Associazioni di parole per il lemma "Equità"



| LEMMA | COEFF |
|-------------------|-------|
| garanzia | 0,199 |
| fiscalità | 0,195 |
| principio | 0,193 |
| esterno | 0,165 |
| concretizzare | 0,159 |
| cittadino | 0,159 |
| risorsa | 0,141 |
| compartecipazione | 0,138 |
| efficienza | 0,117 |
| carcerato | 0,113 |

Il secondo lemma sottoposto ad analisi delle associazioni è quello di "equità" (fig. 3). La situazione in questo caso è sufficientemente chiara e con minori possibilità di fraintendimento: il concetto di equità rimanda strettamente all'idea di garanzia di un principio di equità in sé, principio che va concretizzato e rivolto alla cittadinanza che usufruisce dei servizi socio-sanitari. Inoltre, l'idea di equità si ricollega all'idea di compartecipazione e di accesso equanime alle risorse della comunità, e parallelamente a un concetto di efficienza probabilmente riconducibile anche in questo caso ai servizi che il PSSR si preoccupa di programmare e definire. Non va tuttavia dimenticato che anche in questo caso tra i lemmi più fortemente associati al termine in analisi ce n'è uno più collegato ad aspetti economico-finanziari, ovvero quello di "fiscalità".

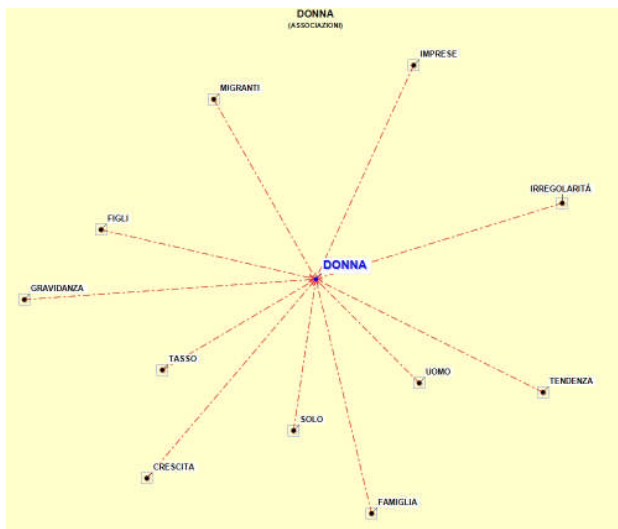
Ricollegandosi a quanto visto per il termine "disuguaglianza", sembrerebbe che nel corpus ci si riferisca sostanzialmente a disuguaglianze socio-economiche, e che la risposta del sistema sia data dal fornire un'equità di accesso che permetta anche agli strati sociali meno abbienti di usufruire dei servizi socio-sanitari offerti dalla Regione. In altri termini, quando si parla di equità nella programmazione e integrazione dei servizi la principale discriminazione da evitare appare quella tra strati sociali economicamente diversi; da una prospettiva opposta, la garanzia offerta dal PSSR è quella di permettere l'accesso ai servizi indipendentemente dalle possibilità economiche.

5.3 Le differenze di genere

Per esplorare le differenze di genere all'interno del PSSR sono state analizzate le associazioni di parole per i lemmi donna (n=36), uomo (n=9) e famiglia (n=244). Come si

nota il PSSR concepisce le differenze di genere sostanzialmente come differenza di genere femminile e non cita quasi quello maschile, e l'esiguità delle occorrenze ci impedisce di restituire un'analisi delle associazioni con il lemma "uomo". Questo non significa ovviamente che gli uomini siano discriminati o esclusi dai servizi sociosanitari, quanto piuttosto che non emergono come gruppo di utenti con specificità proprie e bisogni emergenti.

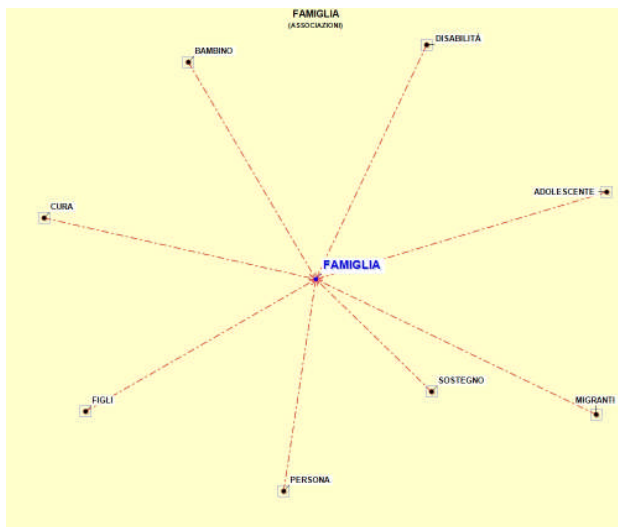
Figura 4: Associazioni di parole per il lemma "Donna"



| LEMMA | COEFF |
|--------------|-------|
| uomo | 0,304 |
| solo | 0,275 |
| tasso | 0,258 |
| figli | 0,215 |
| migranti | 0,209 |
| imprese | 0,183 |
| irregolarità | 0,183 |
| tendenza | 0,183 |
| famiglia | 0,176 |
| crescita | 0,169 |
| gravidanza | 0,163 |

Se vediamo invece le associazioni del lemma "donna" (Fig. 4), emerge un'immagine della donna o in coppia con un uomo o sola; con figli; spesso appartenente ad una popolazione immigrata in crescita. In altre parole una popolazione femminile tendenzialmente eterosessuale, in età fertile, collocata dentro una famiglia, che contribuisce alla crescita demografica della società, talvolta fragile (sola – con figli – straniera – irregolare).

Figura 5: Associazioni di parole per il lemma "Famiglia"



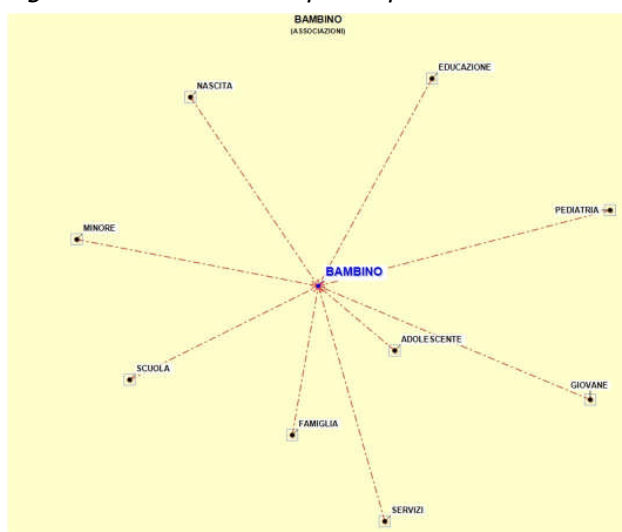
| LEMMA | COEFF |
|-------------|-------|
| sostegno | 0,359 |
| persona | 0,252 |
| figli | 0,227 |
| cura | 0,224 |
| bambino | 0,222 |
| disabilità | 0,213 |
| adolescente | 0,204 |
| migranti | 0,196 |

La famiglia (fig. 5) si presenta come il luogo privilegiato del sostegno e della cura delle persone che la compongono, in particolare dei figli, dei bambini, dei disabili e degli stranieri. Coerentemente con questa rappresentazione le principali politiche proposte dal piano sono forme di aiuto e supporto per la maternità, la cura dei figli e di altri familiari, la conciliazione tra tempi di vita e lavoro. Resta da sapere quanto queste rappresentazioni siano, da un lato rappresentative delle tendenze demografiche e sociali dell'Emilia-Romagna, dall'altro consapevolmente disegnate.

5.4 Le differenze di età

Per esplorare le differenze di età sono state analizzate le associazioni di parole per diversi lemmi riconducibili a fasce di età distinguibili, nella fattispecie: bambino (n=70), adolescente (n=88), giovane (n=88), adulto (n=37) e anziano (n=90).

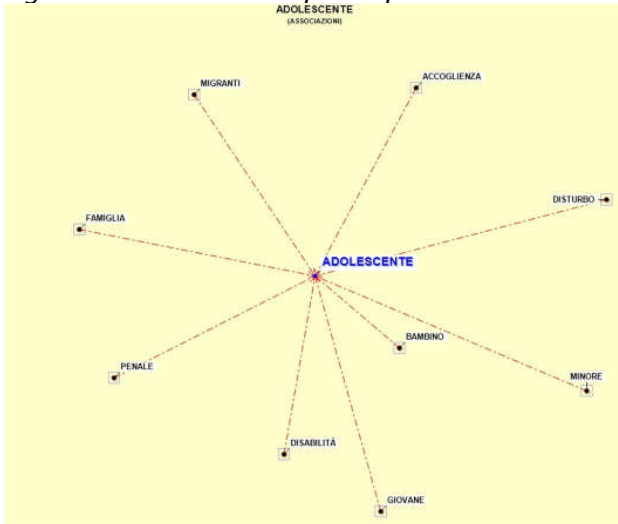
Figura 6: Associazioni di parole per il lemma "Bambino"



| LEMMA | COEFF |
|-------------|-------|
| adolescente | 0,388 |
| famiglia | 0,222 |
| scuola | 0,199 |
| minore | 0,181 |
| nascita | 0,158 |
| educazione | 0,149 |
| pediatria | 0,146 |
| giovane | 0,144 |
| servizi | 0,139 |

Per quanto riguarda il lemma "bambino" (fig. 6), il pattern di lemmi associati definisce un quadro ben preciso: il concetto di infanzia nel PSSR rimanda in modo coerente all'erogazione di servizi sociali (scuola) e sanitari (pediatria). Il bambino nella prospettiva della programmazione integrata è essenzialmente un fruitore di servizi a lui dedicati, sebbene vadano sottolineati due aspetti particolari. In primo luogo, tra i termini associati in modo più forte al lemma troviamo "famiglia" in modo più deciso rispetto ai servizi sociosanitari, quasi a indicare che questa resta il "primo erogatore" di servizi per l'infanzia anche in un documento di programmazione regionale come il PSSR. In seconda battuta, risultano associati al lemma anche etichette relative a fasce di età più avanzate, come "adolescente", "minore" e "giovane": viene apparentemente a mancare una differenziazione fine tra i livelli di età precedenti ai 18 anni, per cui il quadro sopra descritto rimanda a un'idea di fruizione dei servizi che va ben oltre le soglie dell'infanzia.

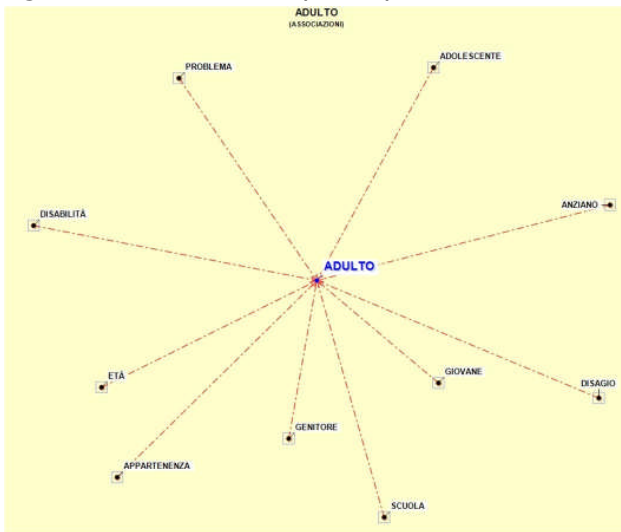
Figura 7: Associazioni di parole per il lemma "Adolescente"



| LEMMA | COEFF |
|-------------|-------|
| bambino | 0,388 |
| disabilità | 0,208 |
| penale | 0,205 |
| famiglia | 0,204 |
| migranti | 0,184 |
| accoglienza | 0,184 |
| disturbo | 0,161 |
| minore | 0,159 |
| giovane | 0,155 |

Osservando le associazioni di parole con il lemma "adolescente" (fig. 7) si riconferma in primis quanto appena detto: i lemmi "adolescente" e "bambino" tendono a co-occorrere in modo consistente (così come si trova ancora una forte co-occorrenza con "minore" e "giovane"), come se l'attenzione in termini di programmazione integrata si concentrasse su una fascia unica, una "infanzia prolungata" vista come categoria sociale target di una serie di servizi dedicati. Resta presente – seppure in modo meno marcato – il riferimento alla famiglia come elemento di sfondo, mentre invece si modificano i servizi associati a questo lemma: non compaiono accenni ai servizi educativi, mentre invece si delinea un quadro di attenzione a un'adolescenza problematica, in termini di disabilità, provenienza da altre nazioni e possibilità di entrata nel circuito penale. L'adolescente nell'ottica della programmazione dei servizi è ancora un fruitore, ma visto principalmente come appartenente a una fascia potenzialmente vulnerabile: si evidenzia pertanto un quadro a cui si è già accennato in precedenza quando si è parlato di fragilità, per cui alcuni strati di popolazione sembrerebbero caratterizzati maggiormente come obiettivo di servizi orientati al recupero di condizioni sociali e fisiologiche precarie. In altre parole, i servizi sociosanitari lasciano da parte l'aspetto di proattività e la funzione di empowerment dell'utenza per concentrarsi maggiormente sulla riduzione delle condizioni di disagio.

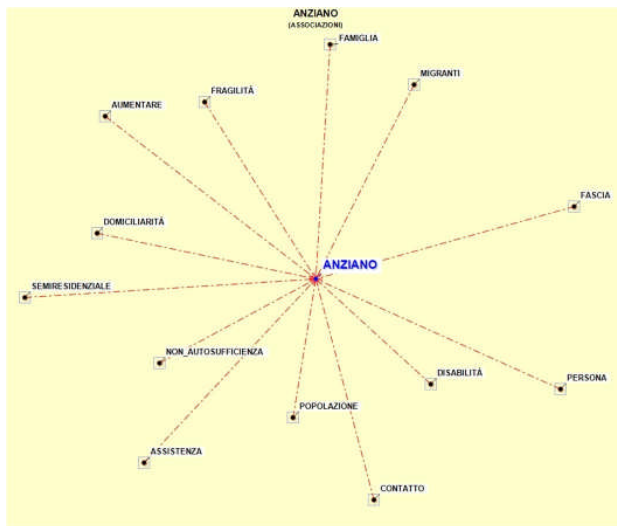
Figura 8: Associazioni di parole per il lemma "Adulto"



| LEMMA | COEFF |
|--------------|-------|
| giovane | 0,232 |
| genitore | 0,198 |
| età | 0,165 |
| disabilità | 0,146 |
| problema | 0,140 |
| adolescente | 0,138 |
| anziano | 0,138 |
| disagio | 0,132 |
| scuola | 0,131 |
| appartenenza | 0,129 |

Il lemma "adulto" (fig. 8) mostra un pattern di associazioni largamente interpretabile che tuttavia lascia spazio a una serie di dubbi sulla caratterizzazione di questa popolazione nel PSSR. In primo luogo, come si è appena detto, il continuum "giovane → giovane adulto → adulto" appare molto sfumato. In secondo luogo, la definizione della popolazione adulta in termini di significati ad essa associati delinea un quadro di un'età che svolge una funzione di supporto a fasce di età più vulnerabili: l'adulto nel PSSR è essenzialmente un caregiver, sia per i figli sia per i genitori anziani, oppure un soggetto in condizioni di disagio o disabilità. La programmazione regionale sembrerebbe individuare nell'età adulta una sorta di funzione di "cuscinetto" per le altre fasce di età e soprattutto ne considera i bisogni di salute solo quando emergono condizioni fisiologiche e sociali particolarmente problematiche. Da un lato il risultato si allinea con quanto detto in precedenza rispetto alla funzione della famiglia come primo punto di erogazione di servizi, ma dall'altro lascia scoperta e indefinita l'area dei bisogni sociosanitari degli adulti non riconducibili alla disabilità e alla vulnerabilità sociale (come ad esempio il consumo di sostanze, i disturbi psichiatrici di tipo non psicotico, i comportamenti sessuali a rischio, il consumo di alcool e fumo o le abitudini alimentari).

Figura 9: Associazioni di parole per il lemma "Anziano"



| LEMMA | COEFF |
|---------------------|-------|
| disabilità | 0,257 |
| popolazione | 0,256 |
| non_autosufficienza | 0,239 |
| domiciliarità | 0,199 |
| fragilità | 0,181 |
| migranti | 0,171 |
| fascia | 0,164 |
| persona | 0,16 |
| contatto | 0,159 |
| assistenza | 0,157 |
| semiresidenziale | 0,154 |
| aumentare | 0,153 |
| famiglia | 0,153 |

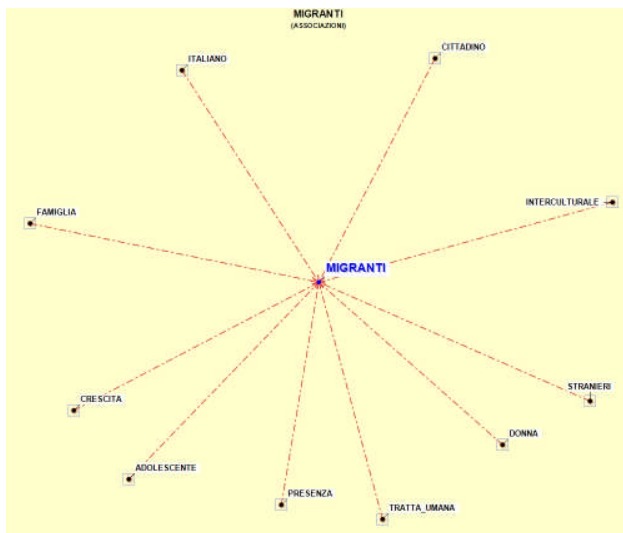
Da ultimo, le associazioni di parole con il lemma "anziano" (fig. 9) riportano a un quadro simile a quanto già visto nell'analisi per il lemma "fragilità": quando nel PSSR si parla di anziani i termini più ricorrenti rimandano a un'idea di disabilità, non autosufficienza e fragilità, ed è altrettanto interessante notare come si presenti un riferimento agli anziani come parte di una popolazione ben delineata (si veda la presenza dei termini "popolazione" e "fascia"). L'anziano nella programmazione sociosanitaria è quindi sostanzialmente un target di servizi assistenziali in quanto appartenente a un gruppo sociale vulnerabile; parallelamente, rimane presente il riferimento alla famiglia che fa presumere un orientamento all'integrazione dei suddetti servizi con quanto il nucleo familiare è in grado di fornire in termini di supporto. Non compaiono collegamenti con parole che rimandano all'idea di anziano non fragile, o in grado di mettere in campo una qualche sorta di abilità: per chi programma i servizi la popolazione anziana è apparentemente una fascia indebolita nelle proprie caratteristiche sociali e di funzionamento e che diviene un semplice destinatario dei servizi – e di conseguenza perde ogni possibilità di andare incontro a un processo di empowerment.

5.5 Le differenze etniche

Per esplorare le differenze di razza, colore della pelle e origine etnica sono state analizzate le associazioni di parole per il lemma migranti (n=102). Gli stranieri emergono indubbiamente come uno dei gruppi più presidiati dalle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie (insieme alla famiglia e ai disabili), che sembrano tener conto di tutte le principali

caratteristiche di questa popolazione di cittadini presente sul territorio regionale: in crescita, giovane, composta da donne, famiglie e adolescenti, talvolta in condizioni di irregolarità o vittima di tratta e sfruttamento. Da notare come risultano praticamente assenti i termini nomade (n=4), richiedente asilo, rifugiato, Rom e Sinti (0).

Figura 10: Associazioni di parole per il lemma "Migranti"



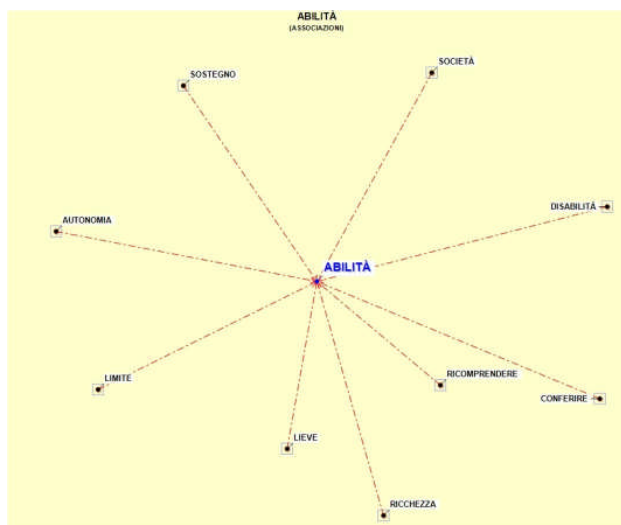
| LEMMA | COEFF |
|----------------|-------|
| donna | 0,209 |
| presenza | 0,202 |
| crescita | 0,198 |
| famiglia | 0,196 |
| italiano | 0,191 |
| cittadino | 0,188 |
| interculturale | 0,187 |
| stranieri | 0,187 |
| tratta_umana | 0,187 |
| adolescente | 0,184 |
| irregolarità | 0,172 |
| anziano | 0,171 |

Da un certo punto di vista, il PSSR presenta gli stranieri come una popolazione molto ben caratterizzata e distinta dagli italiani, ma assai poco diversificata al suo interno (fig. 10): non si fa infatti quasi riferimento a diverse nazionalità, paesi di origine, etnie, religioni o lingue parlate. Come a dire che l'essere straniero prevale su tutte le altre diversità e diventa la condizione che rende automaticamente omogeneo un gruppo di persone che nella realtà è forse più variegata di qualsiasi altra.

5.6 Le differenze di abilità

Per indagare come le differenze di abilità sono state trattate nel PSSR, abbiamo analizzato le associazioni di parole per lemmi direttamente ricollegabili a questa area, ovvero: abilità (n=36), disabilità (n=113) e disturbo (n=29).

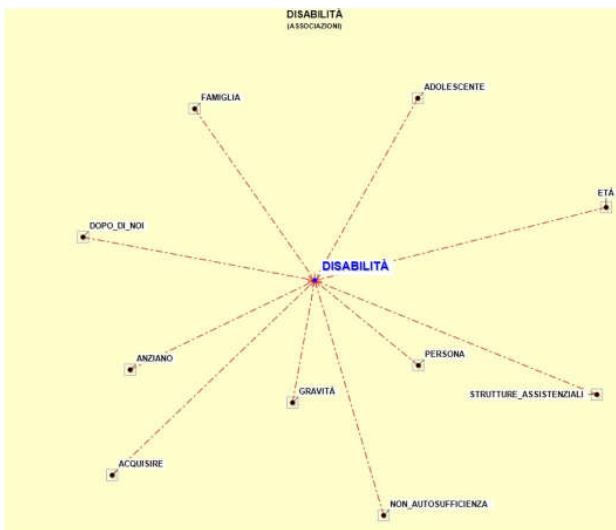
Figura 11: Associazioni di parole per il lemma "Abilità"



| LEMMA | COEFF |
|---------------|-------|
| ricomprendere | 0,213 |
| lieve | 0,174 |
| limite | 0,152 |
| autonomia | 0,148 |
| sostegno | 0,134 |
| società | 0,131 |
| disabilità | 0,130 |
| conferire | 0,123 |
| ricchezza | 0,123 |

L'analisi delle associazioni per il lemma "abilità" (fig. 11) mostra un pattern non semplice da interpretare, che rimanda a due possibili visioni di questo concetto. Da un lato si presentano alcuni termini che riportano a un'idea positiva e costruttiva di abilità ("autonomia", "ricchezza"), ma dall'altro riemerge una visione per cui l'abilità nella programmazione dei servizi è principalmente intesa come "assenza di": l'abilità può essere limitata e va sostenuta, e soprattutto quando si parla di abilità della popolazione lo si fa spesso e volentieri in collegamento speculare con la disabilità. In altre parole – e come si è già visto in precedenza – difficilmente nel PSSR si sottolineano le potenzialità e le capacità dei cittadini che si rivolgono ai servizi: le abilità rischiano di comparire come un soggetto a rischio di decadimento e l'orientamento dei servizi non sembrerebbe comprendere il potenziamento delle abilità presenti, ma piuttosto il sostegno di quelle che vengono a mancare creando aree di vulnerabilità.

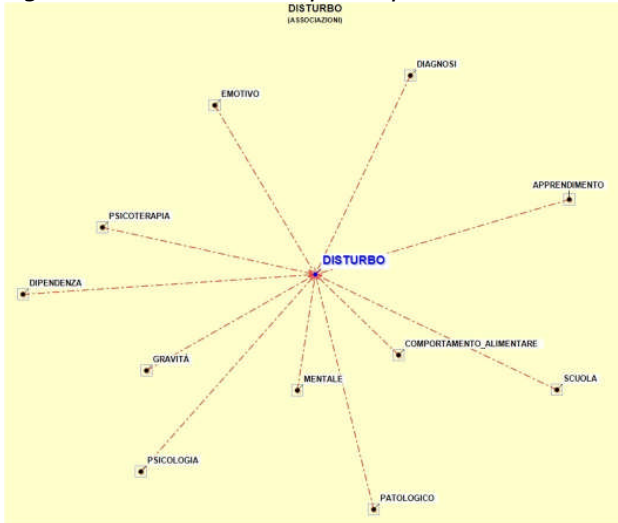
Figura 12: Associazioni di parole per il lemma "Disabilità"



| LEMMA | COEFF |
|-------------------------|-------|
| persona | 0,362 |
| gravità | 0,333 |
| anziano | 0,257 |
| dopo_di_noi | 0,238 |
| famiglia | 0,213 |
| adolescente | 0,208 |
| età | 0,185 |
| strutture_assistenziali | 0,176 |
| non_autosufficienza | 0,171 |
| acquisire | 0,169 |

Concordemente a quanto appena visto, lo schema di associazioni di parole con il lemma "disabilità" (fig. 12) appare chiarissimo: la programmazione sociosanitaria si riferisce alla disabilità in termini di gravità e non autosufficienza, direzionando i servizi ad alcune popolazioni in particolare (anziani e adolescenti, che come detto in precedenza sono descritti come fasce di età potenzialmente vulnerabili e fortemente orientate alla fruizione dei servizi). Un altro dettaglio da sottolineare è che sebbene il lemma "disabilità" rimandi anche alla definizione di alcuni servizi come le strutture assistenziali, tale lemma risulta associato in modo più forte con il termine "famiglia". Sembra pertanto ripresentarsi la visione della famiglia come "cuscinetto" per i soggetti vulnerabili che possono farne parte. In questo senso andrebbe letta anche l'associazione con il termine "dopo di noi", che rimanda alla necessità di pensare alla programmazione dei servizi in modo da supplire ai bisogni della popolazione disabile quando la famiglia non sarà più in grado di assisterli – o non sarà più presente per farlo. In buona sostanza, il focus sull'assenza di condizioni di salute e sull'abilità come caratteristica che tendenzialmente si può perdere ma non rinforzare (si veda anche l'associazione con il termine "acquisire") si accompagna all'idea della famiglia come primo erogatore di servizi assistenziali.

Figura 13: Associazioni di parole per il lemma "Disturbo"



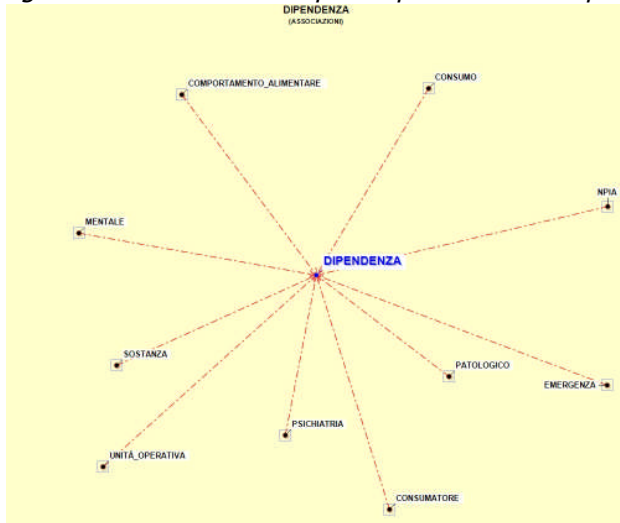
| LEMMA | COEFF |
|--------------------------|-------|
| comportamento_alimentare | 0,400 |
| mentale | 0,367 |
| gravità | 0,250 |
| psicoterapia | 0,231 |
| emotivo | 0,227 |
| diagnosi | 0,200 |
| apprendimento | 0,189 |
| scuola | 0,183 |
| patologico | 0,179 |
| psicologia | 0,175 |
| dipendenza | 0,173 |

Per quanto concerne le associazioni con il lemma "disturbo" (fig. 13) va evidenziato che mentre il concetto di disabilità si ricollega principalmente alle disabilità fisiche acquisite, il disturbo è inteso come largamente riconducibile all'area psicologica/psichiatrica: nella maggior parte dei casi la programmazione sociosanitaria si riferisce ai disturbi del comportamento alimentare o alla psicopatologia in senso generale, come si deduce dall'associazione con i termini "mentale", "psicoterapia", "emotivo", "apprendimento" e "psicologia". Altre associazioni riportano in misura minore alla descrizione dei servizi di igiene mentale rivolti alle dipendenze patologiche, ma si può dire che tutti questi termini si collocano sostanzialmente nella stessa macroarea. Il "disturbo" nel PSSR è un disturbo psichiatrico che richiede un'assistenza dedicata, e sebbene non appaiano immediatamente riferimenti a determinate popolazioni a rischio anche in questo caso l'idea di fondo sembra rimanere quella della salute vista come "non malattia".

5.7 Le differenze di condizioni sociali e personali

Le ultime differenze esplicitamente presenti nel PSSR sono quelle che rimandano a particolari condizioni sociali e personali, in particolare il fatto di essere persone con problemi di dipendenza da sostanze (62), che vivono in condizioni di disagio sociale (28), carcerati o ex-carcerati (21), prostitute (11).

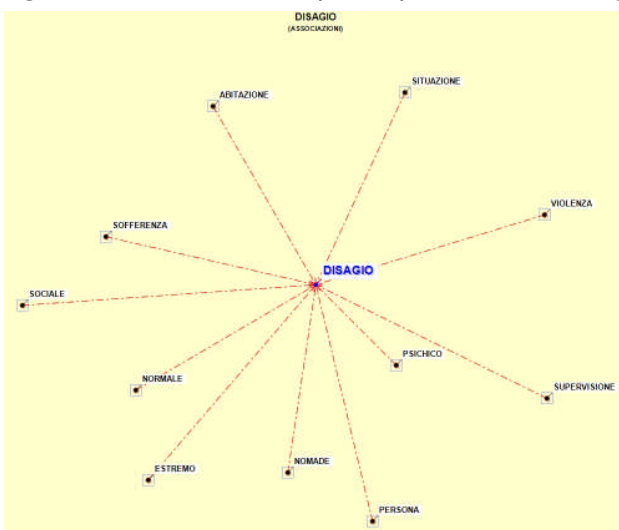
Figura 14: Associazioni di parole per il lemma "Dipendenza"



| LEMMA | COEFF |
|-----------------|-------|
| patologico | 0,323 |
| psichiatria | 0,271 |
| sostanza | 0,270 |
| mentale | 0,265 |
| comp alimentare | 0,217 |
| consumo | 0,217 |
| NPPIA | 0,210 |
| emergenza | 0,194 |
| consumatore | 0,183 |
| unità_operativa | 0,183 |

Le persone con problemi di dipendenza sono il gruppo su cui si concentra maggiormente l'attenzione dei servizi (fig. 14), che ne evidenziano sia le problematiche legate alla dipendenza fisica che deriva dal consumo di sostanze, sia gli aspetti di disagio psichico. L'associazione dei lemmi rivela ben poco sulle caratteristiche che hanno i tossicodipendenti, in termini di genere, età, nazionalità, lavoro e famiglia (anche se sembrano soprattutto giovani).

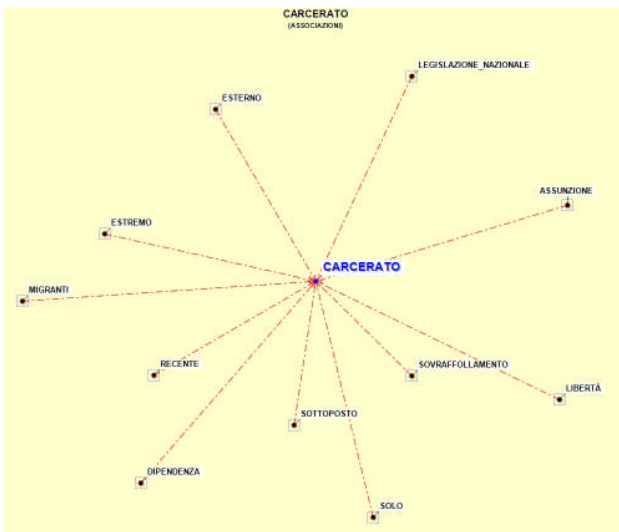
Figura 15: Associazioni di parole per il lemma "Disagio"



| LEMMA | COEFF |
|--------------|-------|
| psichico | 0,340 |
| nomade | 0,192 |
| normale | 0,192 |
| sofferenza | 0,192 |
| abitazione | 0,183 |
| situazione | 0,175 |
| violenza | 0,172 |
| supervisione | 0,157 |
| persona | 0,151 |
| estremo | 0,149 |
| sociale | 0,142 |

L'area del "disagio" (fig. 15) rimanda a condizioni di sofferenza psichica, di vita nomade, di bisogno abitativo e condizioni di violenza.

Figura 16: Associazioni di parole per il lemma "Carcerato"



| LEMMA | COEFF |
|---------------------|-------|
| sovraffollamento | 0,298 |
| sottoposto | 0,258 |
| recente | 0,224 |
| carcere | 0,211 |
| estremo | 0,200 |
| esterno | 0,195 |
| legislazione_nazion | 0,170 |
| assunzione | 0,163 |
| libertà | 0,156 |
| solo | 0,156 |
| dipendenza | 0,149 |
| migranti | 0,148 |

I carcerati (fig. 16) sono un gruppo di attenzione assai poco caratterizzato: la questione più urgente che emerge dai dati è quella del sovraffollamento in cui i detenuti sono costretti a scontare la pena e solo sullo sfondo emergono altri dettagli sulle condizioni di vita di questa popolazione, come ad esempio la tossicodipendenza o il fatto che siano anche stranieri. Coerentemente, le principali azioni e servizi previsti dal PSSR sono forme alternative alla carcerazione, miglioramento di vita in carcere, tutela della salute, trattamento delle dipendenze, sportelli informativi e mediazione linguistico-culturale. Ben poco si intuisce su altre caratteristiche o bisogni legati al genere, all'età, alla rete sociale e familiare, alla salute, ai reati commessi, alle abilità o competenze su cui fare leva per il reinserimento sociale.

La prostituzione è un'ultima condizione di "marginalità sociale" che emerge nel PSSR come oggetto di politiche sociosanitarie: viene descritto come "fenomeno" legato a forme di sfruttamento e alla tratta, particolarmente problematico quando è al "chiuso", ma anche quando è presente sulla strada. Pure in questo caso quasi nulla viene specificato sulle altre caratteristiche di queste persone e il ridottissimo numero di occorrenze ci impedisce di fornire un'analisi dettagliata: sembra tuttavia una condizione soprattutto giovanile (è infatti affrontata quasi esclusivamente nel capitolo "Giovani"), femminile (anche se viene citata quella maschile) e legata all'immigrazione. Le politiche di intervento proposte sono di conseguenza servizi di prossimità a bassa soglia, di riduzione del danno sociosanitario (unità di strada) e di protezione sociale.

5.8 Le differenze mancanti

Accanto alle differenze presenti nel PSSR è interessante evidenziare anche gli aspetti che al contrario non vengono mai citati esplicitamente dalla programmazione regionale. In particolare:

- non è stato possibile rintracciare richiami alle differenze di orientamento sessuale e alle differenze di religione o convinzioni personali;
- sono nominate solo alcune disabilità fisico-sensoriali e in misura troppo ridotta per entrare in analisi (cecità, sordità, mutismo, disabilità motorie, demenze...);
- sono nominati solo alcuni disturbi psichici e in misura troppo ridotta per entrare in analisi (depressione, ansia, schizofrenia, paranoia...).

Rispetto al primo punto, quindi non è chiaro se i diversi orientamenti sessuali (eterosessuale, omosessuale, bisessuale e transessuale) e religiosi (atei, agnostici, cattolici, ortodossi, protestanti, musulmani, buddisti, induisti, taoisti....) non sono mai citati perché dati per impliciti o perché ritenuti irrilevanti per le politiche sanitarie e sociali. Riguardo al grande tema delle disabilità, il fatto che siano praticamente assenti tutte le parole specifiche che dettagliano i diversi tipi di handicap e disturbi sia fisici che psichici, evidenzia come nella logica della programmazione sia il proprio il termine "disabilità" (abbinato eventualmente a "grave" o "acquisita") a riassumere in sé tutte le possibili declinazioni e sfumature dei deficit, dei bisogni assistenziali e delle capacità residue delle persone. Resta da verificare quanto la scelta di questa parola "neutra" e "politicamente corretta" sia effettivamente in grado di produrre servizi dedicati o rispettosi delle tante sfumature delle (dis)abilità.

5.9 Analisi tematica dei contesti elementari

La seconda parte delle analisi svolte sul PSSR si è focalizzata sui significati emergenti nel testo: nello specifico, si è cercato di individuare se nel corpus fossero presenti nuclei di significato interpretabili, e successivamente si è indagato come questi si distribuiscono nelle diverse parti del Piano.

Come anticipato nella sezione introduttiva, il software T-Lab non lavora sui significati del testo (ovvero sul contenuto), ma sulle *stringhe di testo* (ovvero gli insiemi di parole): in questo senso T-Lab consente di tracciare una rappresentazione in cui ogni parola assume una particolare valenza in base alle sue relazioni con il contesto, ossia in base alla frequenza con cui occorre all'interno di determinate porzioni di testo (Lancia, 2002). Nello

specifico, i contenuti del corpus possono essere rappresentati per mezzo di alcuni cluster tematici (raggruppamenti): questi individuano i contesti condivisi da più lemmi, in cui il rapporto di essi all'interno del testo dà origine ad un significato nuovo sotto forma di tematica (contesti elementari); il grado di associazione dei lemmi è espresso matematicamente dal software mediante il calcolo del coefficiente del chi-quadro. Si sottolinea che i cluster non possono essere selezionati a priori dal ricercatore, ma vengono estratti direttamente dal software in base ai propri algoritmi: successivamente i cluster vanno interpretati ed etichettati in base alle tabelle ottenute, che riportano più fortemente associati ai suddetti raggruppamenti.

Nella fig. 17 sono riportati i 7 cluster tematici emersi dal PSSR, mediante l'elenco dei lemmi caratteristici e del grado di associazione di ciascun lemma con il rispettivo cluster, mentre l'estensione di tali cluster nel corpus (% di copertura del testo) viene illustrata nella fig. 18. Oltre ai lemmi sono riportate in tabella anche le variabili di suddivisione del corpus che risultano maggiormente rappresentate in un corpus, ovvero i capitoli e le parti del PSSR. A ciascun cluster è stata successivamente attribuita un nome (etichetta), basato sull'interpretazione dei lemmi in esso contenuti.

Rispetto al primo cluster, l'interpretazione del contenuto appare palese: i termini che lo compongono descrivono un quadro che è stato etichettato come "Bisogni e tutela della famiglia". Il primo nucleo di significato ad emergere (che racchiude il 12.0% del corpus) esprime quindi l'attenzione della programmazione sanitaria verso la famiglia, in termini di sostegno, programmazione e tutela – rivolti alla famiglia, ai figli e ai servizi che contemplano questi soggetti.

Il secondo cluster, che copre l'11.3% del corpus, può essere etichettato come un nucleo relativo al sistema di accreditamento: i termini che lo caratterizzano si riferiscono tanto al processo di accreditamento in sé quanto ai target del processo stesso (strutture, prestazioni), oltre a includere elementi quali i settori di erogazione dei servizi sanitari (pubblico e privato) e i mezzi di applicazione del processo (i requisiti).

Il terzo cluster che emerge dall'analisi è il più esteso dei 7 elementi rilevati e comprende circa 1/5 del corpus: è stato definito come "Programmazione e politiche per la non autosufficienza", e fa riferimento in primis al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e alla programmazione sociosanitaria, ma incorpora anche lemmi relativi agli obiettivi e ai finanziamenti – presumibilmente della suddetta programmazione.

Il quarto cluster, denominato "Disabilità", si estende per il 16.2% del testo e incorpora lemmi che rimandano alla disabilità in senso generale, includendo sia quella psichica sia quella sociale, sociosanitaria e sanitaria (gravi disabilità acquisite), e rimandando ai servizi di cura e riabilitazione.

Il quinto cluster (che racchiude l'11.4% del corpus) è stato etichettato invece come "Integrazione istituzionale", dal momento che i lemmi principali si ricollegano tanto alla legislazione regionale quanto ai coordinamenti e alle conferenze territoriali sociali e sanitarie.

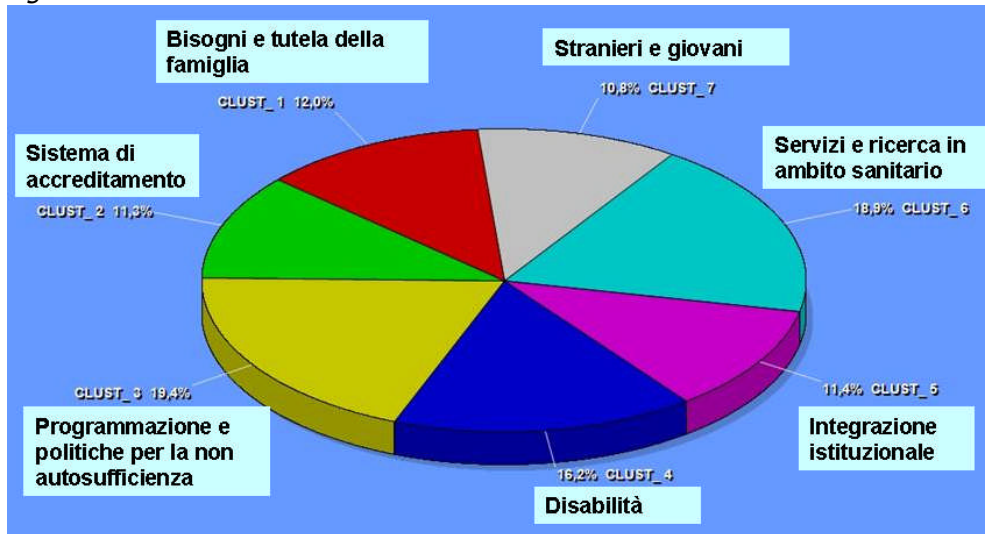
Il penultimo cluster estratto – che risulta però il secondo in termini di estensione sul corpus, 18.9% - è definibile come il raggruppamento di lemmi relativo a "Servizi e ricerca in ambito sanitario", in quanto fa riferimento alla ricerca e all'innovazione collegandole a elementi quali le organizzazioni, le competenze e le professionalità (plausibilmente in termini di sviluppo delle stesse).

Infine, il settimo cluster emerso (10.8% del corpus) presenta un quadro particolare: è stato definito come "Stranieri e giovani" non solo perché questi sono i due lemmi più fortemente associati con esso, ma anche perché al suo interno si trovano alcuni elementi riferibili a entrambe queste categorie sociali senza che una prevalga nettamente sull'altra.

Figura 17 – Cluster tematici del PSSR

| 1. Bisogni e tutela della famiglia | | 2. Sistema di accreditamento | | 3. Programmazione e politiche per la non autosufficienza | | 4. Disabilità | | 5. Integrazione istituzionale | | 6. Servizi e ricerca in ambito sanitario | | 7. Stranieri e giovani | |
|--|----------------|------------------------------|----------------|--|----------------|---------------------|----------------|---------------------------------|----------------|--|----------------|--|----------------|
| LEMMA | X ² | LEMMA | X ² | LEMMA | X ² | LEMMA | X ² | LEMMA | X ² | LEMMA | X ² | LEMMA | X ² |
| famiglia | 600.79 | struttura | 205.54 | Fondo | 200.90 | disabilità | 360.71 | legislazione regionale | 302.07 | organizzazione | 284.70 | migranti | 415.42 |
| sostegno | 249.69 | soggetto | 205.26 | programmazione | 176.66 | CAP. SALUTE MENTALE | 150.34 | atto | 211.43 | CAP. RICERCA E INNOVAZIONE | 197.03 | giovane | 363.81 |
| promozione | 158.10 | erogazione | 201.07 | CAP. FINANZ. SISTEMA | 125.91 | malattia | 148.65 | prevedere | 158.94 | ricerca | 189.83 | PARTE 3: RISPOSTE AI BISOGNI COMPLESSI | 181.93 |
| PARTE 3: RISPOSTE AI BISOGNI COMPLESSI | 149.34 | accreditamento | 192.46 | politica | 119.20 | persona | 132.92 | articolo | 140.21 | CAP. GOVERNO CLINICO | 105.44 | CAP. IMMIGRATI | 172.23 |
| CAP. RESP. FAMILIARI | 138.44 | privato | 191.08 | PARTE 2: POLITICHE SOCIALI | 109.47 | gravità | 119.61 | CTSS | 87.09 | professionalità | 99.16 | CAP. GIOVANI | 157.97 |
| tutela | 84.92 | pubblico | 151.77 | regione | 89.04 | mentale | 118.81 | CAP. INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE | 82.54 | SSR | 98.68 | presenza | 124.26 |
| figli | 70.85 | CAP. ACCREDITAMENTO | 115.33 | sociosanitario | 86.75 | cura | 115.81 | coordinamento | 74.29 | PARTE 5: STRUMENTI E INFRASTRUTT. | 98.16 | crescita | 114.04 |
| educazione | 60.86 | prestazione | 102.77 | obiettivo | 82.95 | CAP. DISABILI | 92.03 | indirizzo | 70.91 | competenza | 78.53 | adolescente | 112.14 |
| aiuto | 59.09 | accreditare | 82.06 | finanziamento | 73.26 | riabilitazione | 82.24 | approvazione | 62.93 | innovazione | 72.32 | consumo | 111.19 |
| capacità individuali | 53.00 | requisito | 70.50 | livello | 67.00 | disturbo | 77.32 | successivo | 56.27 | cura primaria | 67.64 | aumento | 102.99 |

Figura 18 – Estensione dei cluster nel testo



Riassumendo, pertanto, si può dire che i nuclei di significato emergenti del PSSR individuano principalmente l'area delle politiche sociali e sanitarie per la non autosufficienza, dei servizi e della ricerca e innovazione in ambito sanitario e della disabilità. In misura minore ritroviamo poi nuclei relativi ai bisogni della famiglia e di altre categorie potenzialmente vulnerabili come gli stranieri e i giovani, che però non sembrano essere trattati in modo distinto: è pensabile, in questo senso, che la programmazione rivolta ai bisogni di queste categorie sociali sia molto simile, e che quindi in termini lessicali funga da catalizzatore attorno al quale si costruisce il nucleo di significato.

Conclusioni

Come accennato nella sezione introduttiva, il focus dell'analisi qui presentata è stato quello di leggere un documento amministrativo come il PSSR nei termini di "spazio di costruzione" di significati, ovvero come un luogo in cui l'esplicitazione delle politiche sociosanitarie e della loro integrazione possa essere interpretata anche come una definizione delle categorie target di tali politiche e, in senso più ampio, come "manifesto" dei concetti di uguaglianza ed equità di accesso. Una prospettiva simile sottende pertanto l'idea che non esistano solo degli specifici destinatari delle politiche sociosanitarie, ma che il documento sia uno strumento attraverso il quale la Regione Emilia-Romagna "apre le porte" alle differenze insite nella popolazione e cerca di rispondere in modo uniforme, equo e trasversale.

I risultati ottenuti, come si è visto, consentono di sostenere solo parzialmente questa ipotesi. Da un punto di vista prettamente collegato alla stesura del documento, vanno

inizialmente sottolineate due necessità: da un lato quella di inserire alcuni elementi di differenziazione della popolazione target che apparentemente nella versione attuale non vengono presi in considerazione (orientamento sessuale, religione e convinzioni personali, dettagli su disabilità fisico-sensoriali o disturbi psichici); dall'altro lato, alcune categorie (alcune anche largamente rappresentate nel Piano) appaiono relativamente stereotipate, o perlomeno non aggiornate – l'anziano fragile e non autosufficiente, i migranti come blocco indifferenziato di popolazione, e così via.

Quando poi si osservano i risultati relativi al concetto di equità vs. disuguaglianza, si può vedere in primo luogo come questo sembri declinato principalmente in termini socioeconomici: in questo senso l'equità diventa equità di accesso alle risorse, la disuguaglianza appare una distanza di possibilità economiche tra strati sociali e la garanzia di efficienza del sistema diventa garanzia di un accesso che prescinde dalle suddette possibilità.

In seconda battuta, quando ci si concentra su termini che rimandano a possibili differenze sociali i quadri tematici che emergono non sembrano sempre completi o chiari. L'attenzione alle differenze di genere, per esempio, si focalizza sulle specificità e sui bisogni della donna come membro di una categoria potenzialmente fragile. Quando parliamo di differenze di età, invece, la programmazione sembra mettere in luce due grandi fasce a rischio di vulnerabilità: da un lato l'infanzia/adolescenza – che tuttavia va apparentemente intesa come prolungata fino alle soglie della prima età adulta – e dall'altro la terza età. Entrambe le fasce si caratterizzano come gruppi di fruitori dei servizi, con specifiche fragilità e condizioni di disagio, ma per entrambi è difficile ricostruire gli aspetti di proattività e di potenziamento delle risorse presenti. Inoltre, la fascia dell'età adulta appare posta come una sorta di "cerniera" tra queste due età: l'adulto nel PSSR difficilmente è un portatore di specifici bisogni sociosanitari (a meno che non viva una condizione di disabilità o disagio sociale), mentre più spesso è un erogatore di primo supporto per i figli e/o i genitori anziani.

Una situazione simile si verifica rispetto all'area della disabilità, sia rispetto all'individuazione nella famiglia della prima struttura di erogazione dei servizi, sia soprattutto rispetto alla lettura delle abilità individuali come bene a rischio di decadimento piuttosto che come risorsa da sostenere e potenziare. In altri casi si è potuto vedere, invece, come il target della programmazione sociosanitaria sia individuato ma non completamente delineato: l'approccio del PSSR verso la popolazione straniera, ad esempio,

parrebbe identificare questa fascia in modo preciso in termini di bisogni/risposte, ma senza declinare le strategie in funzione delle differenti etnie e culture.

Parallelamente, l'analisi dei nuclei di significato che emergono dal PSSR ha fornito risultati in linea con quanto detto finora: i cluster principali descrivono le aree delle politiche per la non autosufficienza, dei servizi e della ricerca/innovazione; quando ci si sposta sulla programmazione relativa a determinate fasce di popolazione si riscontra una sorta di "aggregazione" dei lemmi, per cui i significati ruotano principalmente attorno al concetto di risposta ai bisogni e le differenze interne alla popolazione passano in secondo piano.

In conclusione, il lavoro svolto lascia alcuni interrogativi aperti, che possono essere interpretati come possibilità di implementazione e miglioramento nelle programmazioni successive. *In primis*, ci sembra che si ripresenti a più riprese una concezione della salute e del benessere come "assenza di malattia o disabilità" piuttosto che come condizione psicofisica positiva e raggiungibile; in secondo luogo, non è sempre possibile vedere una lettura precisa delle differenze presenti nella popolazione oggetto della programmazione sociale e sanitaria. Riferendosi in particolare a quest'ultimo punto, si potrebbe da un lato sostenere che l'assenza di differenziazione vada interpretata come garanzia di equità nelle risposte a tutti i potenziali fruitori dei servizi; dall'altro lato, tuttavia, se si vuole che il PSSR diventi uno strumento di apertura nei confronti delle categorie che ne sono interessate non possiamo prescindere da una precisione nella definizione del target stesso e dei suoi bisogni. In altre parole, lasciare troppo spazio ad aree "grigie" o lasciar mescolare differenze rilevanti in un contenitore troppo ampio rischia di non poter garantire completamente il rispetto delle diversità presenti nella popolazione, soprattutto quando tali diversità sociali diventano diversità di bisogni e di approccio agli stessi. Il sospetto emerge soprattutto se si considera, come detto in precedenza, che l'immagine di equità che si riscontra nel PSSR rimanda in larga parte a un'idea di equità per tutti gli strati socioeconomici della popolazione della regione.

Ribadiamo infine la necessità di non focalizzarsi eccessivamente su una visione della salute come "bene fragile" e da difendere, piuttosto che come obiettivo da raggiungere e potenziare. In termini di programmazione e di risposta ai bisogni, mantenendo una simile prospettiva si rischia di leggere l'utenza come se partisse automaticamente da una posizione svantaggiata e rischiosa, mentre un documento come il PSSR dovrebbe avere la capacità di pianificare secondo paradigmi di respiro più ampio rispetto all'"assistenza" e alla "sanità", ovvero di separarsi sempre più dall'idea di programmazione dei servizi come

un gioco in difesa per interpretarla sempre più come un trampolino per il miglioramento del benessere della popolazione.

Bibliografia

Cicognani, E. (2002). *Psicologia sociale e ricerca qualitative*. Roma: Carocci

Lancia, F. (2002). *La logica di un testoscopio*. In <http://www.tlab.it>.

Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-LAB*. Franco Angeli, Milano.

Lancia F. (2005) Word Co-occurrence and Theory of Meaning. in <http://www.tlab.it>.

Mazzara B. M. (2002). I metodi qualitativi: una sfida ed un'occasione di riflessione per le scienze umane e per le discipline psicologiche. In B. M. Mazzara (a cura di) *Metodi qualitativi in psicologia sociale. Prospettive teoriche e strumenti operativi*. (p.21-41), Carocci, Roma.

Ranci C.(2002). *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*. Bologna: Il Mulino.

Rastier F. (1987). *Sémantique interprétative*, Paris, PUF.

Sennet R.(2003). *Respect in a World of Inequality*. London: Penguin.

Villano, P., Prati, G., & Palestini, L. (2008). L'analisi automatica dei testi. Applicazione ai resoconti di un disastro ferroviario. In B. Mazzara (ed.), *I discorsi dei media e la psicologia sociale: Ambiti e strumenti di indagine* (pp. 153-175). Roma: Carocci.